Nr 7. Należytość pocztowa gotówką uiszczona.
Rok LX

Redakcja: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105

Administracja: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w Drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY B. GALICJI I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, ORGAN IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracja i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

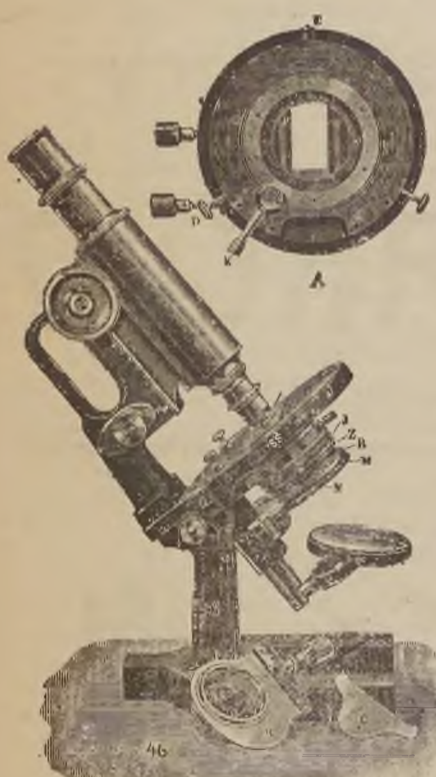
Ogłoszenia przyjmuje Administracja. Cena ogłoszeń: za wiersz petitowy lub jego miejsce w 1 szpalcie Mkp. 17·—, w nadesłanem Mkp. 19·—, w tekście Mkp. 21·—. — Załącznik za 1 raz 500, za 3 razy 1.200 Mkp.

Przedpłata wynosi: rocznie Mkp. 180·—, płatnych z góry.

Jeden numer osobno kosztuje Mkp. 14·—.

»Do Nru tego załącza się prospekt firmy Klawe z Warszawy«.





1921. Rok LX.

PRZEGLĄD LEKARSKI

oraz CZASOPISMO LEKARSKIE

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Stan podgorączkowy a ciepłota ciała.

Podał

Dr Karol Rozenfeld.

Przestarzały pogląd Wunderlicha na wysoki poziom ciepłoty prawidłowej tak głęboko zakorzenił się w naszem piśmiennictwie, że mimo wielokrotnie podejmowanej dyskusji [1]) nie możemy wyzwolić się dotąd z pod jego wpływu i ustalić ostatecznie granicy między ciepłotą prawidłową a podgorączkową. Wpływ ten uwydatnia się najjaskrawiej w podręcznikach djagnostyki ogólnej. Bronowski [2]) n. p. podaje, że ciepłota pod pachą u człowieka zdrowego waha się pomiędzy 36⁰ a 37·4⁰, wynosząc średnio około 37⁰. »Niską ciepłotę prawidłową 36·5⁰—36·8⁰« — miewa, podług tego autora, dość pokaźna liczba osób słabowitych, wątłych, źle odżywionych, podlegających częstym krwawieniom i t. p. Ciepłota poniżej 36·2, utrzymująca się w ciągu wielu tygodni, ma być objawem głębokich zaburzeń odżywiania lub zatrucia ustroju. Znana ogólnie skala Wunderlicha, podług której ciepłota prawidłowa wynosi 37⁰—37·4⁰, a podgorączkowa 37·5⁰—38⁰, służy, jak zawsze, za podstawę klasyfikacji stanów gorączkowych. Analogiczne poglądy spotykamy w wielu nowszych podręcznikach niemieckich (Sahli), francuskich (Spillmann i Haushalter), rosyjskich (Lewin i Wysokowicz). Jednakże niektóre zastrzeżenia autorów, między innemi i Bronowskiego, dowodzą najlepiej, że ten punkt widzenia przeczy wielu spostrzeganym faktom i nie może być stosowany, jako ścisłe kryterjum, w ocenie stanów gorączkowych. Sahli [3]), który zasadniczo skłania się do utrwalonego tradycją poglądu, przyznaje, że u pewnych osób ciepłota wieczorna »z tych lub innych przyczyn« nigdy nie dochodzi do 37⁰ i wskutek tego podniesienie jej do 37·2⁰ mogłoby być uważane za stan względnej gorączki (relatives Fieber). Z drugiej zaś strony, podług tego autora, zdarzają się przypadki, szczególnie wśród chorych na gruźlicę, w których cały zespół objawów klinicznych dowodzi odczynu gorączkowego ustroju, a tymczasem poziom ciepłoty jest najzupełniej prawidłowy. Możemy mówić w tych razach o gorączce utajonej (latentes Fieber), lub o stanie gorączkowym bez właściwej gorączki (Fieber ohne Fieber). Nie będę zastanawiać się nad wartością logiczną tej terminologji, sądzę jednak, że traktowanie gorączki niezależnie od najważniejszego i zasadniczego jej objawu, jakim jest podniesienie ciepłoty ciała, wywoła jeszcze większą gmatwaninę pojęć i utrudni lekarzowi orjentowanie się w postępowaniu praktycznem.

Braki tych poglądów dają się odczuwać na każdym kroku w praktyce lekarskiej. Wobec rozpowszechnionego użycia ciepłomierza coraz częściej zgłaszają się do lekarza chorzy, którzy znają doskonale swoją ciepłotę prawidłową oraz wahania jej w różnych zaburzeniach chorobowych. Podniesienie ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia ponad zwykły poziom, trwające dłużej lub krócej, stanowi dzisiaj dość pospolitą skargę w ustach inteligentnego chorego. Jeżeli podniesienie to nie przewyższa 37⁰—37·2⁰, lekarz wobec braku wyraźnych zmian fizycznych, zgodnie z panującą opinją wyłącza stan podgorączkowy, a współtowarzyszące objawy podmiotowe przypisuje często nadmiernej wrażliwości i nerwowości chorego. Nie chcę bynajmniej uogólniać tego faktu, przekonałem się jednak na własnej osobie, że nawet wybitni lekarze nie są pod tym względem bez grzechu. Ta właśnie okoliczność ośmiela mnie do wypowiedzenia kilku uwag, podyktowanych bezstronną obserwacją faktów, w sprawie niezmiernie ważnej pod względem praktycznym. Nim przejdę do sformułowania własnego poglądu, pozwolę sobie przytoczyć krótki opis kilku spostrzeżeń, z których jedno zasługuje na szczególną uwagę.

I. Dr N. N., lat 49, lekarz. Przynajmniej od lat 15 — bóle w okolicy żołądka i prawem podżebrzu, które zapewne są w związku z przewlekłem cierpieniem pęcherzyka żółciowego i zrostami. Odżywienie nieszczególne, bladawy, krew prawidłowa. Ciepłota od szeregu lat bardzo niska i trzyma się stale na jednym poziomie. Zrana 35·7⁰—35·8⁰, w południe 35·6⁰—35·7⁰, wieczorami 36⁰—36·1⁰. W odbytnicy wahania około 36⁰. Od czasu do czasu występuje podniesienie ciepłoty do 36·6⁰—36·8⁰—37⁰, rzadziej do 37·2⁰, któremu zwykle towarzyszą przykre objawy podmiotowe. Zaburzenia te trwają 2—3 dni, czasami tydzień i więcej. Wobec braku wyraźnych zmian fizycznych i prawidłowej rzekomo ciepłoty, cierpienie to traktowano początkowo, i to przez czas dłuższy, jako wyłącznie nerwowe. Dopiero dwukrotne wystąpienie żółtaczki skierowało rozpoznanie na właściwe tory. Lekarz ten podczas wojny chorował na zimnicę, stwierdzoną badaniem krwi. Po kilku pierwszych napadach, w których ciepłota dochodziła do 39⁰—39·5⁰, nastąpił cały szereg napadów lekkich, ale dosyć charakterystycznych, w których ciepłota na szczycie wynosiła 36·8⁰—37⁰. W roku ubiegłym lekarz ten chorował na zapalenie odoskrzelowe prawego płuca z małym wysiękiem opłucnej. Oprócz pierwszych dni, w których ciepłota wahała się około 37·5⁰—38⁰, cała sprawa, trwając blisko 4 tygodnie, przebiegała z ciepłotą podgorączkową poniżej 37⁰.

II. Dr L. W., lat 52, lekarz. Odżywienie, stan ogólny, samopoczucie bardzo dobre. W związku z rozedmą płuc skłonność do nieżytów oskrzeli, pozatem zupełnie zdrowy. Ciepłota ciała oddawna niska: zrana 35·8⁰, wieczorami najwyżej 36·2⁰. Podniesienie do 36·8⁰, towarzyszące czasami nieżytom, z powodu przykrych objawów podmiotowych uważa za stan podgorączkowy.

III. W. K., l. 40, żona przemysłowca, dotknięta gruźlicą włóknistą. Odżywienie i stan ogólny zupełnie dobre. Ciepłota w okresach zdrowia 35·8⁰—36·2⁰—36·3⁰. Zaostrzenie sprawy gruźliczej wywołuje kilkodniowe lub tygodniowe podniesienie ciepłoty do 36·8⁰—37⁰. W ciągu 10-letniej obserwacji 37·4⁰ było największem podniesieniem ciepłoty z powodu gruźlicy.

IV. W marcu b. r. zgłosiła się do mnie uczennica, lat 18, doskonale odżywiona, poprzednio zdrowa, której ciepłota, podług słów matki, wahała się zwykle od 35·6⁰—36·1⁰. Od 3 tygodni w następstwie zapalenia gardła ciepłota trzyma się stale powyżej 36⁰ i dochodzi wieczorami do 36·7⁰, rzadziej 37⁰ [4]), Chora straciła łaknienie, miewa bóle głowy, czuje się ociężałą. Przy dalszej obserwacji stwierdzono zapalenie wsierdzia.

Nie będę opisywać spostrzeżeń, w których u osób z ciepłotą zwykłą 36⁰ do 36·5⁰ — podniesienie jej do 37⁰ było już odczynem gorączkowym z powodu rozwijającej się gruźlicy płuc. Przypadki takie, jak sądzę, nie należą wcale do faktów wyjątkowych w praktyce każdego lekarza. Widzimy więc, że metodyczne mierzenie ciepłoty przy dłuższej obserwacji chorych i porównanie krzywej z okresu zdrowia i choroby nasuwają wnioski, które są w sprzeczności z panującym poglądem. Praktyka zmusza nas poniekąd do rewizji tego poglądu i wymaga ustalenia nowych kryterjów, któreby zapobiegały nieporozumieniom i możliwym błędom rozpoznawczym.

Przedewszystkiem powinniśmy rozstać się z przesądem, że ciepłota poniżej 36·5⁰, a nawet 36·2⁰, musi być objawem złego odżywienia, wątłości, zatrucia lub jakiegoś cięższego schorzenia ustroju. Muszę podkreślić, że z pośród grona moich stałych pacjentów znam kilka osób dobrze odżywionych, względnie zdrowych, bardzo czynnych i sprawnych, których ciepłota w ciągu lat całych w warunkach prawidłowych nie przewyższa 36·2⁰. Co więcej, u niektórych osób każdemu podniesieniu ciepłoty n. p. do 36·8⁰—37⁰ towarzyszy zmiana samopoczucia, a czasami swoiste, stale powtarzające się »sensacje«. W jednym przypadku u 14-letniej dziewczynki przykre i nieokreślone bliżej uczucia w kończynach dolnych są zwykłym zwiastunem stanu podgorączkowego (36·8⁰), występującego na tle częstych nieżytów jamy nosowogardłowej. Stwierdzenie tych faktów, dowodzących ważnego znaczenia czynników indywidualnych w poruszonem przez nas

[1]) Porównaj dyskusję na II. Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Lublinie w 1914 r. Pamiętnik Zjazdu. Str. 17—24.

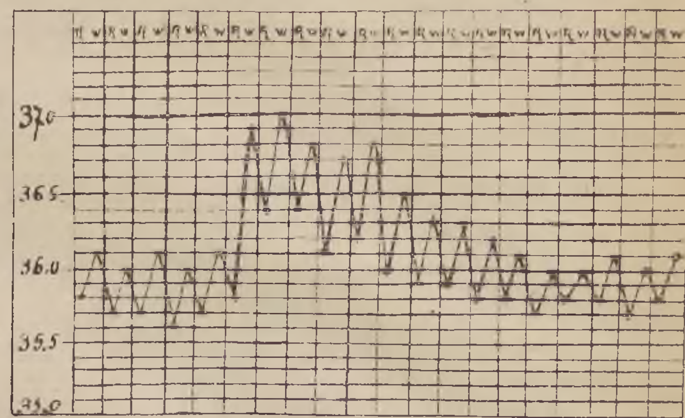
[2]) Podstawowe sposoby badania klinicznego. Część II, 1919, str. 460.

[3]) Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Leipzig 1913, str. 57.

[4]) Oczywiście w analogicznych przypadkach nie można nigdy poprzestawać na zapewnieniach chorego. O ile wiem z własnego doświadczenia, użycie złego ciepłomierza może być powodem nieporozumień, mających ważne konsekwencje praktyczne.

zagadnieniu, nie wyłącza wcale współistnienia niskiej ciepłoty z całym szeregiem stanów nieprawidłowych i chorobnych, znanych dobrze lekarzom i opisywanych zwykle w podręcznikach djagnostyki ogólnej. Powtóre, górną granicę fizjologicznych wahań ciepłoty należy bezwarunkowo przesunąć nieco ku dołowi. W ciągu 25-letniej praktyki spostrzegałem zaledwie kilka przypadków wysokiej ciepłoty u osób zupełnie zdrowych. W jednym przypadku 35-letnia kobieta miała w czasie dwuletniej obserwacji ciepłotę 36·7°—37·2°, przyczem stan ogólny i samopoczucie były bardzo dobre. Jednakże, o ile mogę sądzić na podstawie własnego doświadczenia, przypadki takie należą raczej do wyjątków i przy układaniu zbiorowej skali wahań fizjologicznych ciepłoty mogłyby nawet nie być brane w rachubę. Twierdzenie, że ciepłota człowieka zdrowego waha się pod pachą średnio około 37°, jest stanowczo błędne. Chociaż określenie najczęstszego typu ciepłoty prawidłowej[5]) nie wchodzi w zakres mojego zadania i nie podejmowałem w tym kierunku na większą skalę systematycznych badań, na podstawie luźnych wrażeń z praktyki już oddawna doszedłem do przekonania, że u większości ludzi ciepłota wieczorami nie przewyższa 36·6°. Chcąc sprawdzić swoje wrażenia, zbadałem w ostatnim roku dokładnie 25 osób zupełnie zdrowych. Mierząc im kilkakrotnie ciepłotę w różnych odstępach czasu i w jednakowych warunkach o godzinie 9 rano i o 6 wieczorem, stwierdziłem, że w 18 przypadkach (72%) wahała się ona w granicach od 36° do 36·6°. W tym celu przejrzałem również krzywe ciepłoty w 200 przypadkach prawidłowego porodu w Zakładzie ginekologiczno-położniczym Dr S. Nowaka w Częstochowie. Z dostarczonych mi łaskawie schematów wynika, że 45% położnic opuszcza zakład z ciepłotą wieczorną poniżej 36·5°, a 55% z ciepłotą poniżej 37°. Oczywiście liczby te nie są bezwzględnie rozstrzygające, może bowiem zachodzić wątpliwość co do wartości ciepłomierzy, sposobu mierzenia ciepłoty i wreszcie wpływu porodu na stan ciepłoty; w każdym razie mają one pewne znaczenie orjentacyjne i na ogół potwierdzają moje osobiste wrażenia. Z autorów obcych, o ile wiadomo mi z dostępnego na razie piśmiennictwa, zwrócił uwagę na tę kwestję Wolff-Eisner[6]). Autor ten przeczy stanowczo, żeby ciepłota ciała pod pachą miała wynosić 37°. Zdarzać się to może u poszczególnych osób, ale przeważnie »wynosi ona nawet w odbytnicy 36° do 36·5°«.

Mimo wszystko podręczniki djagnostyki powtarzają z dziwnym uporem zdanie dawnych autorów (Liebermeister), że ciepłota człowieka zdrowego waha się w bardzo szerokich granicach: od 36° do 37·2° (Sahli), 37·4° (Bronowski), nawet 37·5° (Spillmann i Haushalter)[7]). Oprócz zbyt wysokiego poziomu ciepłoty, zasadnicze nieporozumienie polega na tem, że skala ta mimo wielkiej rozciągłości (1·5°) jest stosowana, jako ogólne kryterjum w ocenie indywidualnych wahań i zaburzeń ciepłoty. Ten punkt widzenia jest sprzeczny z faktami i wymaga koniecznie pewnego sprostowania. Systematyczne badania na sobie samym i kilku osobach z otoczenia przekonały mnie, że ciepłota w warunkach prawidłowych, mierzona zawsze jednym ciepłomierzem, w tych samych okolicznościach o godzinie 9 rano i 6 wieczorem, trzyma się stale określonego poziomu. Wahania dzienne są małe, n. p. 0·3° i najczęściej nie przewyższają 0·5°. Tak n. p. osobnik z ciepłotą ranną 35·7° miewa wieczorem 36·1°—36·2°. Nie przeczę, że praca, zmęczenie, ruch i zapewne inne czynniki wskutek zmian cyrkulacyjnych mogą wywołać nieznaczne podniesienie ciepłoty. Stwierdziłem na sobie, że po 2 godzinach nieprzerwanej pracy ambulatoryjnej ciepłota moja podnosi się średnio o 0·3°, poczem w ciągu niecałej godziny wraca do dawnego poziomu. Oczywiście te drobne wahania ciepłoty należą do zjawisk fizjologicznych i pod względem praktycznym nie mają żadnego znaczenia[8]). Jeżeli jednak u osobnika ze ściśle określonym typem ciepłoty w pewnym momencie ciepłota podnosi się o kilka dziesiętnych stopnia ponad zwykły poziom i utrwala się na nowym poziomie na dnie lub tygodnie, jeżeli prócz tego występują pewne objawy i zaburzenia ogólne, mamy prawo mówić o podgorączkowym odczynie ustroju, chociażby to podniesienie ciepłoty mieściło się całkowicie w ramach t. zw. »prawidłowej skali« i nie dochodziło nawet do 37°. Poniższy schemat dobrze uzmysławia stosunek między ciepłotą prawidłową a podgorączkową w pierwszym z opisanych powyżej przypadków.



W przypadku tym podniesienie ciepłoty do 37° ma to samo znaczenie objawowe, co ciepłota 38° w skali Wunderlicha. O stanie podgorączkowym rozstrzyga nietylko podniesienie ciepłoty ponad zwykły dla danego osobnika poziom, ale również i zmiana jej typu. Różnica między ciepłotą ranną i wieczorną, przewyższająca wahania prawidłowe, powinna budzić przypuszczenie gorączki.

Indywidualne traktowanie stanów gorączkowych wydaje mi się jedynie właściwem rozwiązaniem zagadnienia, dotyczącego stosunku między ciepłotą prawidłową a podgorączkową. Indywidualizując zjawisko gorączki, wyrzekając się szablonowej, z góry powziętej formuły, czynimy tylko zadość zasadniczym wymaganiom nauki współczesnej. Z tego stanowiska pojęcie gorączki względnej, utajonej, gorączki bez gorączki (Sahli) staje się zgoła zbytecznym dla nauki balastem.

Wnioski.

I. Skala fizjologicznych wahań ciepłoty, określana w podręcznikach djagnostyki w granicach od 36° do 37·4°, nie odpowiada rzeczywistości i nie może być uważana za kryterjum w ocenie indywidualnych zaburzeń ciepłoty, z powodu 1) wysokiego poziomu górnej granicy i 2) szerokiej amplitudy wahań.

II. W warunkach prawidłowych ciepłota większości ludzi waha się od 36° do 36·6°. Wahania dzienne (9 rano i 6 wieczorem) są małe i nie przewyższają 0·5°.

III. Stanem podgorączkowym nazywamy mniej lub więcej długotrwałe podniesienie ciepłoty o kilka dziesiętnych stopnia *ponad zwykły dla danego osobnika poziom*.

IV. Stany podgorączkowe powinny być oceniane wyłącznie ze stanowiska indywidualnego.

Uwagi o przepisach prawnych dotyczących kwestji niepoczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających

podał

Prof. Dr Jan Piltz,

Dyrektor kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.

(Według referatów, wygłoszonych 10. maja 1921 na posiedzeniu Wydziału karnego prawa materjalnego Komisji kodyfikacyjnej i 17. maja 1921 na II. Zjeździe psychiatrów polskich w Poznaniu).

Sprawa niepoczytalności jest z jednej strony ściśle związana ze sprawą zmniejszonej poczytalności, a z drugiej ze sprawą okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających. Wszystkie te sprawy są wzajemnie tak bardzo od siebie zależne, że niepodobna ich rozpatrywać oddzielnie. Niepodobna n. p. rozstrzygać sprawy zmniejszonej poczytalności i definjować jej, jeżeli się naprzód nie wie, co będzie powiedziane w paragrafach ustawy, mówiących o okolicznościach łagodzących lub środkach zabezpieczających.

Dlatego też przed przystąpieniem do szczegółowego omawiania każdej z tych spraw z osobna, należy przeprowadzić dyskusję ogólną i ustalić zasady, które powinnyby służyć za pod-

---

[5]) Podług Dziembowskiego wynosi ona rano 36·5°. Krótki rys djagnostyki oraz metod badania klinicznego. Poznań 1920, str. 13.

[6]) Dr D. O. Kuthy und A. Wolff-Eisner: Die Prognosenstellung bei der Lungentuberkulose, Berlin 1914, str 194.

[7]) Précis de diagnostic médical et d'exploration clinique. Paris 1911, str. 25.

[8]) Daremberg i Chuquelt wykazali, że w przypadkach gruźlicy skrytej ruch w ciągu jednej godziny podnosi ciepłotę o 0·5°. Spostrzeżenie to stało się podstawą metody djagnostycznej Daremberga w przypadkach podejrzanych co do gruźlicy.

stawę i punkt wyjścia dla ostatecznego skodyfikowania każdej z tych spraw z osobna.

Wychodząc z tego założenia, pragnę podnieść, co następuje: Ustawa i procedura karna mają zawierać prawne podstawy dla sprawiedliwego i racjonalnego karania jednostek, które popełniły czyny bezprawne i zawierać przepisy normujące wykonanie kary. W jakim celu to wszystko? Oczywiście w celu zabezpieczenia społeczeństwa przed zbrodniczem postępowaniem jednostek.

Kara jest jednym ze środków obrony społeczeństwa przed zbrodnią, gdyż odstrasza chwiejne elementy od popełnienia zbrodni, a więc też do pewnego stopnia zapobiega zbrodni.

Skuteczność jednak tego środka, jako prewencji indywidualnej w kierunku zapobiegawczym, jest mała.

W pedagogji kara, jako środek wychowawczy, zupełnie zbankrutowała, to też nowoczesna pedagogja coraz mniej tym środkiem się posługuje i używa innych środków pedagogicznych, bardziej skutecznych.

Nie twierdzę, ażeby przy obronie społeczeństwa przed czynami zbrodniczemi jednostek można było całkowicie obejść się bez represji, jaką jest karanie. Sądzę tylko, że istotne zapobieganie zbrodni jest daleko skuteczniejszym środkiem obrony społeczeństwa przed zbrodnią, niż zwalczanie zbrodni, zupełnie tak samo, jak zapobieganie zakaźnym chorobom jest skuteczniejszym środkiem obrony społeczeństwa przed grożącem mu ze strony tych chorób niebezpieczeństwem, niż zwalczanie szerzących się epidemij.

Dlatego też dziś przy kodyfikowaniu przepisów ustawowych w sprawie poczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających, należałoby odnośną część ustawy i procedury karnej oprzeć przedewszystkiem na tych ogólnych zasadach biologicznych, gdyż wtedy będzie ona rzeczywiście odpowiadać nowoczesnym wymogom nauki i dotychczasowemu doświadczeniu.

Ażeby módz skutecznie zapobiegać zbrodni, trzeba znać dokładnie przyczyny zbrodni i okoliczności, w jakich one najczęściej się zdarzają.

Przyczyny zbrodni można podzielić na 2 kategorje; na socjalne, leżące na zewnątrz jednostki, i indywidualne, tkwiące w samej jednostce, która bezprawny czyn popełniła. Do socjalnych zewnętrznych przyczyn powstawania zbrodni należą n. p. alkohol lub anormalne gospodarcze i społeczne stosunki, panujące w danym kraju, do indywidualnych zaś — wiek, niedostateczne i wadliwe wychowanie, ale przedewszystkiem wrodzone lub nabyte anormalności psychiczne.

Uzdrowienie społeczenstwa pod względem cielesnym, duchowym i gospodarczym jest oczywiście najlepszym środkiem zapobiegawczym w walce ze zbrodnią. Te sprawy należą do zadań hygieny społecznej.

Najczęstsze indywidualne biologiczne przyczyny zbrodni są następujące: 1) choroby i zboczenia psychiczne; 2) stany afektywne znacznego stopnia, 3) stany psychiczne przymusowe i 4) stany niezupełnego rozwoju u dzieci.

Psychiatra, jako biolog, jest powołany do rozpatrywania przedewszystkiem indywidualnych przyczyn zbrodni wynikających z wrodzonych lub nabytych anormalności psychicznych.

Ja też ograniczę się do omówienia tylko tych przyczyn zbrodni, a następnie przedstawię w najogólniejszych zarysach, jak, mojem zdaniem, z punktu widzenia psychiatry — klinicysty, należałoby w ustawie karnej i w procedurze karnej ująć sprawę niepoczytalności i zmniejszonej poczytalności, a z drugiej strony sprawę okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających, ażeby na tej podstawie módz najskuteczniej bronić społeczeństwo przed zbrodniczemi czynami ludzi psychicznie chorych i nienormalnych.

Codzienne doświadczenie uczy nas klinicystów, że przestępstwa i zbrodnie są bardzo często bezpośrednią konsekwencją choroby psychicznej lub zboczenia psychicznego, a czasami nawet wprost objawem choroby psychicznej. I tak n. p. kradzież popełniona przez chorego, cierpiącego na porażenie postępujące, jest, przy ustalaniu rozpoznania, nieraz równie cennym objawem, jak zaburzenia pamięci, zaburzenia mowy lub zniesienie oddziaływania źrenic na światło. Morderstwo w przebiegu paranoi jest tylko logiczną konsekwencją patologicznego sposobu myślenia chorego. W wyjątkowych przypadkach bywa jednak i tak, że psychicznie chory popełnia zbrodnię z zupełną świadomością o jej bezprawności i karygodności, a jedynie tylko pod wpływem patologicznego, natrętnego, wewnętrznego przymusu, któremu oprzeć się nie może. Tak przynajmniej należy oceniać n. p. kradzieże, popełniane przez osoby cierpiące na kleptomanję.

Rozpatrzmy teraz, jakie choroby psychiczne najczęściej wiodą do zbrodni i do jakich zbrodni.

Chorzy, cierpiący na depresję, pod wpływem urojeń, że nietylko oni sami, ale nawet i ich dzieci całe życie z powodu ich grzechów cierpieć będą, — nieraz zabijają własne dzieci.

Chorzy, cierpiący na manję lub hypomanję, pod wpływem psychoruchowego podniecenia, wzmożonej drażliwości i zniesienia hamulców psychicznych, powstrzymujących ludzi normalnych od niewłaściwego postępowania, popełniają zbrodnie obrazy czci, uszkodzenia ciała lub mienia.

Epileptycy w stanach zamroczenia, pod wpływem halucynacji, dezorjentacji i urojeń prześladowczych, a z drugiej strony wzmożonej obraźliwości i skłonności do wpadania w stan silnego afektu, popełniają nieraz zbrodnie uszkodzenia ciała, mienia i zabójstwa.

Ludzie, znajdujący się w t. zw. patologicznym stanie upojenia alkoholowego, na który zapadają jednak tylko psychopaci konstytucjonalni albo epileptycy, pod wpływem głębokiego zamroczenia świadomości, iluzji i urojeń, a przedewszystkiem z powodu niezwykle silnego popędu do gwałtownych i zbrodniczych czynów, popełniają bardzo często zbrodnie zabójstwa.

Paranoicy lub chorzy na dementia paranoides, pod wpływem urojeń prześladowczych popełniają nieraz zbrodnie zabójstwa.

Chorzy na porażenie postępujące, z powodu otępienia, w szczególności osłabienia krytycyzmu i pojęć etycznych i porażenia hamulców psychicznych i megalomanji, pod wpływem podniecenia psychoruchowego popełniają nieraz oszustwa, kradzieże, a czasem zbrodnie na tle seksualnem.

Chorzy na otępienie starcze (dementia senilis), z powodu osłabienia władz umysłowych, pod wpływem podniecenia erotycznego dopuszczają się nieraz zbrodni na tle seksualnem u dzieci.

Chorzy na otępienie padaczkowe lub na t. zw. charakter padaczkowy, który jest stałym stanem zwyrodnienia padaczkowego z powodu zwyrodnienia charakteru, cechującego się obniżeniem uczuć i pojęć etycznych, zboczeniami popędu płciowego, niezwykle wygórowanym egoizmem, bezwzględnością, brutalnością, obraźliwością, drażliwością, popędliwością i skłonnością do wpadania w niezwykle silny stan afektu, popełniają często zbrodnie obrazy czci, uszkodzenia ciała, zabójstwa, morderstwa lub morderstwa na tle seksualnem.

Chorzy na niedorozwój psychiczny, z powodu niedostatecznego albo patologicznego rozwoju władz psychicznych, intelektualnych lub moralnych, popełniają sprzeniewierzenia, oszustwa lub kradzieże.

Ludzie, cierpiący na wrodzoną psychopatję konstytucjonalną, lekkiego lub średniego stopnia, która jest chorobą wrodzoną i charakteryzuje się rozmaitego rodzaju objawami zwyrodnienia, a więc objawami histero- lub epileptoidalnemi, natręctwami myślowemi, t. zw. patologicznem kłamstwem (pseudologia phantastica), upośledzeniem uczuć i pojęć etycznych, alkoholizmem, morfinizmem, zboczeniami popędu płciowego, w szczególności homoseksualizmem, już to z powodu tych wrodzonych stałych patologicznych zboczeń konstytucji, już to pod wpływem alkoholu lub pod wpływem przemijających, reaktywnych lub endogenicznych stanów afektywnego podniecenia, które i bez alkoholu u nich często się zdarzają, popełniają zbrodnie sprzeniewierzenia, oszustwa, kradzieży, włamania, zabójstwa, rabunkowego morderstwa lub zbrodnie na tle seksualnem.

Ludzie, cierpiący na psychopatję konstytucjonalną ciężkiego stopnia, pod postacią ciężkiej wrodzonej lub dziedzicznej, to znaczy przez kilka pokoleń nieraz powtarzającej się »moral insanity« ze zbrodniczemi skłonnościami, z powodu braku wszelkich uczuć i pojęć rodzinnych, społecznych i etycznych, pod wpływem wielkiej zazwyczaj popędliwości, gwałtowności i skłonności do asocjalnych i zbrodniczych czynów, już to z powodu wrodzonych stałych ciężkich patologicznych zboczeń konstytucji, już to pod wpływem alkoholu lub pod wpływem zdarzających się u nich często przemijających, reaktywnych lub endogenicznych stanów afektywnego wzburzenia i podniecenia, popełniają zwykle przez całe swoje życie coraz to nowe i coraz straszniejsze zbrodnie kradzieży, włamania, zabójstwa lub rabunkowe morderstwa, a żadne, nawet najsroższe kary lub czasowe internowanie w domach pracy, w domach poprawczych, w więzieniach lub w zakładach psychiatrycznych, ani odstraszyć ich ani odzwyczaić od tych zbrodni nie zdoła.

Chorzy na alkoholizm przewlekły, z powodu obniżenia uczuć i pojęć etycznych i pod wpływem patologicznie wzmożonej drażliwości i popędliwości, popełniają najrozmaitsze zbrodnie: obrazy czci, uszkodzenia ciała, sprzeniewierzenia, oszustwa lub kradzieży.

Chorzy na paranoię alkoholiczną z urojeniami na tle zazdrości i niewiary małżeńskiej, popełniają czasami zbrodnie zabójstwa lub morderstwa.

Bardzo wiele z tych zbrodni, które tu wyliczyłem, zupełnie nie staje się przedmiotem rozpraw sądowych; psychiatra dowiaduje się o nich tylko od rodziny chorego przy zbieraniu wywiadów.

Przystępując teraz do rozpatrzenia pytania, które choroby psychiczne lub stany patologiczne wykluczają poczytalność, zaraz na wstępie podkreślić muszę:

1) że przy ocenie poczytalności sprawcy należy brać na uwagę tylko ten stan psychiczny, który istniał w chwili popełnienia zbrodni,

2) że stwierdzenie choroby psychicznej w chwili popełnienia czynu bezprawnego jednak nie zawsze jeszcze poczytalność wyklucza.

Z doświadczenia bowiem klinicznego, a jeszcze bardziej z praktyki lekarskiej, wiemy, że istnieją różne stopnie nasilenia takich chorób psychicznych, jak epilepsja, schizofrenja, histerja, depresja, manja lub paranoia, a z drugiej strony, że istnieje nieprzerwany łańcuch wrodzonych lub nabytych zaburzeń rozwojowych i stanów psychopatji konstytucjonalnej o różnym stopniu nasilenia, a mianowicie od najlżejszych — jak debilitas lub neuropathia constitutionalis lekkiego stopnia, aż do najcięższych — jak idiotismus lub moral insanity głębokiego stopnia ze zbrodniczemi skłonnościami.

Pomiędzy paranoikiem z zupełnie wyraźnemi urojeniami prześladowczemi a osobnikiem, posiadającym jedynie wrodzoną psychopatyczną paranoidalną naturę, cechującą się egocentryzmem, podejrzliwością, obraźliwością i skłonnością odnoszenia wielu rzeczy do swojej osoby, która jednak nie przeszkadza mu być jednostką w społeczeństwie bardzo pożyteczną, istnieje nieprzerwana i nieskończona gama stanów pośrednich.

Depresja okresowa, która jest klasyczną dziedziczną chorobą psychiczną, powtarzającą się nieraz przez szereg pokoleń, występuje nieraz w tak lekkiej postaci, że jakkolwiek z jej powodu chory szuka porady lekarskiej i leczy się, to jednak nie przeszkadza mu ona w spełnianiu codziennych obowiązków zawodowych, a przedewszystkiem, o co nam tu głównie chodzi, nie upośledza bynajmniej jego zdolności rozpoznawania bezprawności swego postępowania lub zdolności kierowania swojem postępowaniem. Niedawno leczyłem z powodu depresji okresowej pewnego dyrektora banku, który obowiązki swoje spełniał bez zarzutu i otoczenie jego nie wiedziało, że on stan depresji przechodził. Nieraz stan depresji okresowej jest tak lekki, że go nietylko ludzie obcy, ale nawet najbliższa rodzina nie dostrzega.

Praktyka uczy nas również, że psychiczna padaczka (epilepsja) przejawia się nieraz jedynie pod postacią zmiany usposobienia, a więc bez zaburzeń świadomości, która to zmiana usposobienia występuje zazwyczaj nagle i samorzutnie, a więc bez zewnętrznych powodów i która może trwać kilka dni lub tylko kilka godzin. W takim stanie zmienionego usposobienia, na tle padaczki, dzieci są wrażliwe, drażliwe, kapryśne i niczem, ani dobrocią, ani groźbą, uspokoić ich nie można. Po kilku dniach lub godzinach taki patologiczny stan mija samorzutnie, i to najczęściej zupełnie nagle. Podobne stany na tle padaczki zdarzają się również i u ludzi dorosłych. Pomiędzy tym najlżejszym równoważnikiem padaczkowym, a głębokiem zamroczeniem padaczkowem (delirium epilepticum) istnieje również cała skala stanów pośrednich o różnym stopniu nasilenia.

To samo da się powiedzieć i o wielu innych chorobach psychicznych.

Otóż teraz, o ile nawet dla laika jest rzeczą zupełnie zrozumiałą, że wyraźna choroba psychiczna, która istniała u sprawcy w chwili popełniania czynu, poczytalność jego wyklucza, to psychiatra klinicysta musi przyznać, że istnieją takie lekkie postacie chorób psychicznych, w których poczytalność może być albo zupełnie utrzymana albo tylko zmniejszona.

Tyle uczy nas doświadczenie lekarskie.

Doświadczenie sądowo-lekarskie uczy nas dalej, że osoby, na ogół psychicznie zdrowe, popełniają nieraz zbrodnie, a mianowicie: 1) pod wpływem zatrucia alkoholem, 2) pod wpływem bardzo silnego afektu (dotyczy to szczególnie jednostek neuropatycznych, jednak nie w tym stopniu anormalnych, ażebyśmy je za chore uważać mieli), 3) pod wpływem groźby lub przymusu i wreszcie 4) w stanie hypnotycznym pod wpływem suggestji, na co pierwszy zwrócił uwagę Bernheim w Nancy.

W stanie alkoholowego upojenia średniego stopnia, t. zw. podchmielenia, które oczywiście nie jest niczem innem, jak tylko krótkotrwałą przemijającą toksyczną psychozą — ludzie wogóle zdrowi, z powodu wzmożonej drażliwości, kłótliwości, wzmożonego samopoczucia i osłabienia hamulców psychicznych, jakie zatrucie alkoholem wywołuje, popełniają często zbrodnie obrazy czci, pobicia, uszkodzenia ciała lub mienia.

W stanach alkoholowego upojenia znacznego stopnia z powodu zamroczenia świadomości, dezorjentacji i porażenia hamulców psychicznych, pod wpływem wzmożonej drażliwości i skłonności do gwałtownych czynów, popełniają ludzie nieraz zabójstwa.

O innych stanach anormalnych, a mianowicie o stanach psychiki, zmienionej pod wpływem silnego afektu, suggestji hypnotycznej, przymusu lub groźby, które w pewnych warunkach mogą również wykluczyć poczytalność, mówić tu nie będę, gdyż stany te nie są chorobą psychiczną lecz tylko psycho-fizjologiczną reakcją ludzi na ogół zdrowych na bodźce zewnętrzne, wstrząsy moralne, na suggestję lub groźbę.

Jeżeli teraz rozważymy wszystko to razem, co wiemy z psychiatrji, z doświadczenia sądowo-lekarskiego, z psychologji i z życia, a mianowicie, że istnieją tak lekkie stopnie nasilenia chorób psychicznych, które poczytalności nie wykluczają, natomiast że zdarzają się stany afektywne, hypnotyczne lub wywołane groźbą tak znacznego nasilenia, które, jakkolwiek nie są chorobami psychicznemi lecz tylko psycho fizjologicznemi reakcjami na podniety zewnętrzne, wstrząsy moralne lub działanie suggestji czy groźby, a jednak w pewnych okolicznościach czynią ludzi niepoczytalnemi, to wówczas stanie się jasnem, dlaczego pojęcia niepoczytalności nie można identyfikować tylko z pojęciem choroby psychicznej lub jedynie do choroby psychicznej ograniczać, lecz że pojęcie niepoczytalności powinno oprócz pewnych stanów chorób psychicznych — pewnego nasilenia — obejmować również i te wyjątkowe i niezwykłe przejawy życia psychicznego ludzi na ogół zdrowych.

Z powyższych wywodów wypływa, mojem zdaniem, ta konsekwencja, że przy redagowaniu definicji niepoczytalności, obok prawnika i psychiatry, który może ma tu najwięcej do powiedzenia, czynny udział powinien także wziąść i psycholog, a właściwie znawca psychologji życia, a definicja niepoczytalności powinna być zredagowana w ten sposób, żeby obejmowała doświadczenie prawnika-kryminologa, psychiatry i psychologa.

Z powyższego, mojem zdaniem, wynika również i to jeszcze, że przy definiowaniu pojęcia niepoczytalności nie należy posługiwać się wyłącznie metodą psychiatryczną, używając takich terminów psychiatrycznych, jak: paranoia, melancholja, manja, niedorozwój psychiczny lub zamroczenie, lecz należy używać metody mieszanej, polegającej na określeniu ogólnem z wyjaśnieniem metodą psychologiczną, n. p. choroba psychiczna lub takie zakłócenie czynności psychicznych, które nie pozwalały sprawcy rozpoznać bezprawności swego postępowania lub stosownie do tego pokierować wolą.

W myśl tego, co dotąd powiedziałem, zaproponowałem na posiedzeniu Wydziału karnego prawa materjalnego Komisji kodyfikacyjnej z dnia 10. maja 1921, następującą definicję pojęcia niepoczytalności:

»Niepoczytalnym był sprawca, jeżeli w chwili spełnienia czynu znajdował się, z powodu choroby psychicznej lub zakłócenia czynności psychicznych, w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać bezprawności swego postępowania lub stosownie do tego rozpoznania pokierować wolą«.

W tem zasadniczem ujęciu i przy zachowaniu jej zasadniczej konstrukcji, została powyższa definicja niepoczytalności przez Wydział karny prawa materjalnego Komisji kodyfikacyjnej uchwalona i po wprowadzeniu pewnych poprawek w następującej ostatecznej redakcji przyjęta:

»Nie będzie poczytany czyn, jeżeli w chwili jego spełnienia sprawca znajdował się z powodu choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać znaczenia czynu lub stosownie do tego rozpoznania pokierować swojem działaniem«.

Ponieważ ta definicja w sposób zupełnie przedmiotowy uwzględnia wszystkie możliwości, jakie się w życiu zdarzają, przeto wydaje mi się ona najodpowiedniejszą.

Na tem samem posiedzeniu zaproponował Dr Rafał Radziwiłłowicz inną definicję niepoczytalności, a mianowicie:

»Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa wskutek rozstroju psychicznego, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości nie mógł rozpoznać znaczenia dokonywanego czynu lub pokierować swojem działaniem«.

Ta definicja jednak przez Wydział prawa karnego nie została przyjęta.

Tą samą sprawą zajmował się następnie II Zjazd psychjatrów polskich, który się odbył w Poznaniu dnia 17—19 maja b. r. Referaty w tej sprawie przedłożyli Dr R. Radziwiłłowicz, prof. Sieradzki i ja. Dr Radziwiłłowicz bronił swojej definicji, ja zaś zaproponowałem definicję niepoczytalności w brzmieniu przyjętem na posiedzeniu Wydziału prawa karnego materjalnego, uzasadniając ją, podobnie jak to uczyniłem na posiedzeniu z dnia 10. maja b. r., w sposób mniej więcej następujący:

Pomiędzy propozycją Dr Radziwiłłowicza a moją właściwie zasadniczej różnicy niema. Według definicji Dr Radziwiłłowicza, tak jak to sam w dyskuji na Wydziale karnym dnia 10 maja 1921 wyjaśnił, poczytalność może być wykluczona i z powodu chorobowych zaburzeń psychicznych i z innych powodów. To samo przewiduje definicja przezemnie zaproponowana. Różnica polega jednak na tem, że gdy Dr Radziwiłłowicz dla określenia chorobowych zaburzeń psychicznych używa takich terminów jak »rozstrój psychiczny« i »niedorozwój psychiczny«, ja używam terminu ogólniejszego, a mianowicie »choroba psychiczna«. Dla określenia innych stanów psychicznych, a mianowicie niechorobowych, mogących wykluczyć poczytalność, używa Dr Radziwiłłowicz terminu »zamroczenie świadomości«, ja zaś terminu »taka przemijająca anormalność psychiczna lub takie zakłócenie czynności psychicznych, które nie pozwala sprawcy rozpoznać.. « Sądzę, że termin, zaproponowany przezemnie, jest ogólniejszy, a więc odpowiedniejszy, ponieważ obejmuje również i te wyjątkowe stany przemijającego zakłócenia czynności psychicznych, które, jak to słusznie mojem zdaniem na posiedzeniu z dnia 10. maja b. r. podkreślił prokurator Makowski, przebiegać mogą nieraz i bez wyraźniejszego zamroczenia świadomości.

Dr Radziwiłłowicz wprowadza do definicji niepoczytalności termin »niedorozwój psychiczny« dla tego, że, jak twierdzi, w praktyce często się zdarza, iż sędzia za chorobę psychiczną uznaje tylko stany nabyte, a nie wrodzone. Otóż co do tego podnieść muszę, że jakkolwiek przyczyną niedorozwoju psychicznego bywa nieraz alkoholizm lub kiła rodziców i niedorozwój psychiczny jest wtedy wrodzony, to jednak najczęściej niedorozwój psychiczny jest skutkiem przebytych w dzieciństwie (nieraz nawet w późnem dzieciństwie) takich chorób mózgowych, jak zapalenie mózgu (encephalitis) lub opon mózgowych, a więc jest w większości przypadków chorobą nabytą a nie wrodzoną, podobnie jak n. p. kretynizm lub otępienie przedwczesne.

Co się zaś tyczy terminu »zamroczenia świadomości«, to podnieść należy, że nie jest ono wyłącznie cechą charakterystyczną dla przemijających stanów afektywnych niechorobowych, skoro często spotyka się w przebiegu chorób psychicznych.

Wreszcie pragnę zwrócić uwagę i na to, że psychiatrja jest nauką jeszcze stosunkowo bardzo młodą, w szczególności zaś, że klasyfikacja chorób psychicznych nie jest jeszcze dostatecznie ustalona i w ostatnich dziesiątkach lat ulegała i obecnie wciąż jeszcze ulega ciągłym zmianom, i że różne szkoły psychiatryczne trzymają się różnych klasyfikacji. Stąd też pochodzi, że w dzisiejszej psychiatrji jedne i te same jednostki chorobowe, albo nawet objawy, noszą nieraz różne nazwy, albo że jedne i te same terminy psychiatryczne są różnie pojmowane. Takim n. p. nie ściśle określonym i nieuchwytnym wydaje mi się termin »rozstrój psychiczny«. Dlatego też w definicji niepoczytalności z powodu choroby psychicznej, która obowiązywać ma przez czas dłuższy, a więc powinna być czemś względnie stałem, nie należy wyszczególniać nazw oddzielnych chorób psychicznych, a tem mniej można równorzędnie i współmiernie z niemi wyliczać pewne objawy psychopatologiczne, jak to czyni w swojej definicji niepoczytalności Dr Radziwiłłowicz, gdzie zamroczenie świadomości, które, jak to wyżej zaznaczyłem, jest objawem, spotykanym w przebiegu różnych chorób psychicznych, jest postawione w jednym rzędzie z niedorozwojem psychicznym, określającym pewną jednostkę chorobową.

Zresztą nawet wszystkie trzy terminy, zaproponowane przez Dr Radziwiłłowicza, a mianowicie rozstrój psychiczny, niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości, nie obejmują jeszcze wszystkich chorób psychicznych, które wykluczają poczytalność, a przedewszystkiem nie obejmują najcięższej, często dziedzicznej, postaci choroby psychicznej, jaką jest »moral insanity« z asocjalnemi zbrodniczemi instynktami.

Z tych wszystkich względów zaproponowałem na Zjeździe przyjęcie definicji niepoczytalności w brzmieniu przyjętem przez Wydział karny Komisji kodyfikacyjnej.

Zjazd psychiatrów polskich w Poznaniu 17. maja b. r. przychylił się jednak do definicji, zaproponowanej przez Dr Radziwiłłowicza i przyjął ją w następującej kompromisowej redakcji: »Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa, wskutek chorobowego zaburzenia czynności psychicznych (resp. chorobliwego rozstroju psychicznego), niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości, nie mógł rozpoznać znaczenia dokonywanego czynu lub działać zgodnie z tem rozpoznaniem«.

Przyszedłszy po głębszem zastanowieniu się do przekonania, że i ta, przez Zjazd psychjatrów przyjęta definicja również jeszcze nie jest zadowalniająca, a z drugiej strony wychodząc z założenia, że sprawa definicji niepoczytalności, przed ostatecznem jej zredagowaniem przez Wydział karny Komisji kodyfikacyjnej, powinna być spokojnie i przedmiotowo ale gruntownie i wszechstronnie przez lekarzy tak samo, jak przez prawników rozważona, postanowiłem całą tę sprawę poruszyć w prasie lekarskiej, ażeby tą drogą obudzić dla niej zainteresowanie szerszych kół lekarskich, a w szczególności tych lekarzy, którzy jako znawcy sądowi mają z definicją niepoczytalności w sądzie często do czynienia.

W sprawie zmniejszonej poczytalności powiedzieć pragnę tylko tyle:

Jeżeli z jednej strony pomiędzy zupełnie wyraźną chorobą psychiczną bardzo lekkiego stopnia istnieje nieskończony łańcuch stanów pośrednich, od najcięższych do najlżejszych, a z drugiej strony jeżeli wyraźna choroba psychiczna poczytalność wyklucza, a przy bardzo lekkiej formie choroby psychicznej poczytalność może być zachowana, — to w takim razie przy pewnym stopniu nasilenia choroby psychicznej, większym od najlżejszego, ale jeszcze nie tak znacznym, aby zupełnie poczytalność wykluczał, poczytalność musi być zmniejszona.

Z tego widzimy, że już na podstawie znajomości klinicznej psychiatrji jesteśmy zmuszeni co do pewnych stanów psychopatologicznych przyjąć zmniejszoną poczytalność. Podkreślić jednak należy, co następuje: Jeżeli w pewnych warunkach n. p. niezawiniony stan upojenia alkoholowego może być uwzględniony jako okoliczność łagodząca, gdyż sprawca mógł mieć zmniejszoną poczytalność, to w razie przyjęcia zmniejszonej poczytalności z powodu psychopatji konstytucjonalnej, alkoholizmu przewlekłego i t. p. nie byłoby właściwem zmieniać wymiaru sprawiedliwości pod względem ilościowym, lecz należałoby to uczynić jedynie pod względem jakościowym. Błędem bowiem w tego rodzaju przypadkach byłoby czas pobytu w więzieniach skracać, gdyż sprawca przez to tylko wcześniej znalazłby się na wolności i wcześniej popełniłby nową zbrodnię. W tych przypadkach należy karę więzienia raczej zamienić w zależności od przypadku albo na dom pracy, na dom poprawczy, na zakład dla alkoholików, zakład psychiatryczny, a w pewnych przypadkach, jeżeli osobnik jest stale dla otoczenia niebezpieczny, zastosować względem niego nawet najpewniejszy środek zabezpieczający, a mianowicie zakład dla kryminalnych psychicznie chorych.

A teraz parę słów jeszcze o okolicznościach łagodzących, a głównie o stosowaniu środków zabezpieczających czyli ochronnych.

Stworzenie odpowiednich przepisów prawnych dla racjonalnego stosowania środków zabezpieczających czy ochronnych — w przypadkach chorób lub zboczeń psychicznych — wydaje mi się rzeczą pierwszorzędnej wagi, gdyż przedewszystkiem od racjonalnego prawnego ujęcia tej sprawy będzie zależeć skuteczne zapobieganie zbrodni.

O ile w dotychczasowych prawodawstwach na pierwszem planie stała sprawa winy i kary, to dziś, odpowiednio do postępu nauk biologicznych, w nowoczesnem prawodawstwie główny nacisk powinien być położony na problemat zapobiegania zbrodni i nowa ustawa i procedura karna powinny być do niego dostosowane.

Ponieważ, jak już wyżej zaznaczyłem, zbrodniczy czyn jest bezpośrednią konsekwencją chorobliwego sposobu myślenia umysłowo chorego, a nieraz wprost objawem choroby psychicznej, psychiatra klinicysta i praktyk ma bardzo często ze zbrodnią do czynienia i jego działalność praktyczna, poza leczeniem chorych, polega między innemi również na zapobieganiu zbrodni.

Przykłady: 1) Rodzina przyprowadza do psychiatry chorą, cierpiącą na depresję z urojeniami grzeszności: że wszystko stracone, że nietylko ona sama, lecz i jej dzieci z powodu jej grzechów całe życie pokutować będą, i podaje m. i., że chora usiłowała zabić swoje dziecko i że tylko z trudem udało się katastrofie zapobiedz. Lekarz umieszcza chorą w szpitalu i przez to zabiega zbrodni, którą następnego dnia popełniłaby mogła. — 2) Rodzina przyprowadza do psychiatry paranoika i podaje m. i., że chory groził sąsiadowi, że go zabije, ponieważ upatrywał w nim domniemanego swego wroga, który go truje. Lekarz,

umieszczając chorego w szpitalu, zapobiega zbrodni. — Takich przykładów możnaby przytoczyć bardzo wiele.

Ponieważ, jak na tych przykładach widzimy, w przypadkach chorób psychicznych można zapobiedz zbrodni najszybciej i najskuteczniej, jeżeli się chorego, który mógłby popełnić zbrodnię, umieści w szpitalu, przeto z jednej strony trzeba starać się o to, ażeby nowe przepisy prawne, normujące przyjmowanie psychicznie chorych do zakładów, były możliwie najprostsze[1]), a z drugiej strony dążyć do tego, ażeby jaknajprędzej powstały odpowiednie potrzebne zakłady.

Jeżeli w prawodawstwie naszem będzie wyraźnie powiedziane, że sprawca, jakkolwiek uznany za niepoczytalnego lub częściowo poczytalnego, musi być ze względu na bezpieczeństwo publiczne umieszczony w odpowiednim zakładzie, wówczas stworzenie takich zakładów stanie się prawną koniecznością, która niewątpliwie przyspieszy ich powstanie, gdyż wtedy będzie istniał motyw prawny do ich wybudowania.

Oprócz tego jest rzeczą pierwszorzędnej wagi zamieszczenie w naszej przyszłej procedurze karnej postanowienia, ażeby we wszystkich przypadkach, w których sprawca z powodu choroby psychicznej został uznany za niepoczytalnego lub za mającego zmniejszoną poczytalność, psychiatra był jako znawca powołany do wyrażenia swojej opinji także i co do tego, co należy ze sprawcą dalej zrobić. I ta opinja znawcy-psychiatry powinna być dla sądu podstawą do powzięcia odnośnej uchwały, gdyż tylko psychiatra posiada kwalifikacje potrzebne do tego, ażeby mógł przewidzieć, jak sprawca na różne zarządzenia, dotyczące jego osoby, w przyszłości oddziaływać będzie, jaki będzie dalszy przebieg jego choroby psychicznej i jak należy z nim postąpić, ażeby jego chorobę psychiczną wyleczyć lub poprawić, a gdy jest nieuleczalna, jak sprawcę unieszkodliwić i przez to ochronić społeczeństwo przed nową jego zbrodnią.

Zastanówmy się teraz jeszcze w ogólnych zarysach nad tem, jak należy w każdym poszczególnym przypadku postąpić?

Jeżeli sprawca popełnił zbrodnię w stanie wyraźnej choroby psychicznej, takiej jak depresja, manja lub epilepsja, powinien być uznany za niepoczytalnego, ale aż do wyleczenia umieszczony w zakładzie psychiatrycznym.

Jeżeli sprawca popełnił zbrodnię w stanie patologicznego stanu upojenia alkoholowego, to powinien być uznany za niepoczytalnego. Ponieważ jednak patologiczny stan upojenia zdarza się przeważnie tylko u psychopatów konstytucjonalnych albo epileptyków, lecz zawsze tylko pod wpływem alkoholu, przeto trzeba doprowadzić do tego, żeby taki człowiek nigdy nie używał alkoholu i dlatego w celu odzwyczajenia go od używania alkoholu należy go najmniej na 9 miesięcy umieścić w zakładzie dla alkoholików.

Jeżeli sprawca popełnił zbrodnię w stanie choroby psychicznej, takiej jak paranoia, porażenie postępujące, otępienie starcze, padaczkowe lub niedołęstwo (imbecillitas), a sąd przyjmie u sprawcy istnienie zmniejszonej poczytalności i przyzna mu okoliczności łagodzące, to należy sprawcy karę nie tyle skrócić, ile zmodyfikować, i to w ten sposób, ażeby takiego osobnika, zamiast w więzieniu, umieścić na pewien czas dla leczenia lub w razie konieczności na stałe w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym albo w zakładzie dla epileptyków lub idjotów.

Jeżeli sprawca cierpi na psychopatję konstytucjonalną średniego stopnia i został uznany za niepoczytalnego, powinien być umieszczony w zakładzie psychiatrycznym. W razie przyznania sprawcy okoliczności łagodzących, należy przewidzianą karę detencji, zamiast skrócić, zmodyfikować, i to w ten sposób, ażeby zamiast w więzieniu umieścić go na odpowiedni przeciąg czasu w zakładzie psychiatrycznym, w domu poprawczym lub w domu pracy.

Jeżeli sprawca cierpi na psychopatję konstytucjonalną ciężkiego stopnia, a mianowicie na »moral insanity« z wrodzoną skłonnością do zbrodniczych asocjalnych czynów, to powinien być, mojem zdaniem, uznany za niepoczytalnego, lecz jako nieuleczalnie psychicznie chory i w wysokim stopniu stale niebezpieczny dla otoczenia — na stałe umieszczony w zakładzie psychiatrycznym lub w odrębnym zakładzie dla zbrodniczych psychicznie chorych. »Moral insanity« ciężkiego stopnia ze zbrodniczemi zkłonnościami jest bowiem najcięższą chorobą psychiczną, jaką znam. Jest to choroba nietylko wrodzona, ale często dziedziczna, t. j. powtarzająca się nieraz przez szereg pokoleń. Ponieważ jest ona nieuleczalna, a ludzie nią dotknięci są stale w wysokim stopniu niebezpieczni dla otoczenia, przeto powinni być, jak już powiedziałem wyżej, na stałe umieszczeni w odpowiednich zakładach dla zbrodniczych psychicznie chorych, które należy jaknajprędzej otworzyć, i to albo przy zakładach psychiatrycznych, albo przy zakładach karnych, ale pod kierunkiem psychiatrów.

Uznanie ludzi, dotkniętych chorobą psychiczną w postaci ciężkiej »moral insanity« z wrodzonemi skłonnościami do zbrodniczych czynow, za niepoczytalnych, ale jako stale niebezpiecznych, za kwalifikujących się na stałe do odrębnych zakładów dla zbrodniczych psychicznie chorych, będzie niewątpliwie ważnym krokiem naprzód w rozwoju prawodawstwa karnego, i w zupełności odpowiadać będzie nowoczesnym biologicznym zapatrywaniom psychiatrji na tę postać chorobową i na jej okropne znaczenie społeczne.

Jeżeli sprawca nie cierpi na alkoholizm przewlekły, a dowiedzionem zostało, że upił się rozmyślnie w celu ułatwienia sobie wykonania zbrodni, to oczywiście nie powinien być uniewinniony.

W pewnych przypadkach upojenia alkoholowego, samowolnie niezawinionego, można sprawcy przyznać okoliczności łagodzące, lecz zupełnie uniewinniony taki człowiek również być nie powinien. Przy powtórzeniu się zbrodni, znów pod wpływem alkoholu, lub gdy ustalonem zostało, że sprawca cierpi na alkoholizm przewlekły, — w obydwu tych przypadkach powinno się sprawcę umieścić przynajmniej na 9 miesięcy w zakładzie leczniczym dla alkoholików.

Jeżeli sprawca cierpi na psychozę okresową, a zbrodnię popełnił w przerwie, w okresie zdrowia, powinien być uznany za poczytalnego.

Wprowadzenie w ustawie i procedurze karnej specjalnych przepisów, przewidujących i normujących dalsze postępowanie z jednostkami, które zbrodnię popełniły z powodu chorób czy zboczeń psychicznych, wydaje mi się z zasadniczych względów rzeczą bardzo wielkiej wagi, gdyż tylko wówczas będzie można w sposób racjonalny zapobiegać zbrodni.

Już wyżej zaznaczyłem, że wprowadzenie tego rodzaju przepisów do ustawy względnie procedury karnej niewątpliwie również przyczyni się do szybszego powstania jeszcze dziś nie istniejących a tak potrzebnych zakładów: wychowawczych, poprawczych, domów pracy, zakładów dla kryminalnych psychicznie chorych.

Oczywiście, że dopiero z chwilą powołania do życia tego rodzaju zakładów stworzone zostaną u nas odpowiednie warunki dla racjonalnej walki z przestępstwem i zbrodnią i wówczas dopiero będzie można powiedzieć, że sądownictwo nasze, przy czynnym współudziale lekarzy-psychiatrów, będzie mogło należycie spełniać swoje doniosłe i zaszczytne zadanie bronienia społeczeństwa przed zbrodniczemi czynami jednostek psychicznie nienormalnych, — zadanie, które, jak to już wielokrotnie zaznaczyłem, polegać powinno nie tyle na tępieniu, ile na zapobieganiu zbrodni.

[1]) Przedewszystkiem należałoby znieść przepis, wymagający przy oddawaniu psychicznie chorego do zakładu psychiatrycznego przedkładania t. zw. »świadectwa przynależności«, które i później od odpowiedniej gminy za pośrednictwem rodziny chorego wydostać można. W wyjątkowych przypadkach, w których przynależność gminna nie da się ustalić, koszt utrzymania chorego powinno pokryć państwo.

O brodawczaku jamy ustnej.

(Condyloma acuminatum).

Podał **Dr A. Nadel**, por. lek.

Z oddziału skórnego szpitala wojskowego w Stanisławowie.

Niewielka liczba przypadków brodawczaka jamy ustnej opisanych w literaturze[1]) skłania mnie do opisania dwóch, zauważonych w ostatnich czasach na naszym oddziale.

1) A, M., ♂, 22 l., skarży się na nieznaczne dolegliwości przy połykaniu, trwające około 6 tygodni. Chory silnie zbudowany, dobrze odżywiony, bez zmian w narządach wewnętrznych. Zaczerwienienie podniebienia miękkiego z wyraźną siatką rozszerzonych naczyń włosowatych; powierzchnia podniebienia miękkiego jakoteż gardła lśniąca, pokryta licznemi, bladoróżowemi guzkami wielkości główki od szpilki. Między języczkiem a prawym przednim łukiem podniebiennym guzek wielkości soczewicy, barwy bladoróżowej, powierzchni chropowatej, uszypułowany. Chory podaje, że w ostatnich czasach miewał często zapalenia gardła i że wiewióra i kiły nie prze-

[1]) Do r. 1900 zebrano tylko 15 publikacji. (Przp. Red.).

chodził. Odczyn Wassermanna ujemny. Guzek wycięto w obrębie szypuły. Obraz histologiczny (Instytut anatomii patolog. we Lwowie prof. Dr Nowicki): Przerost brodawek z rozszerzonemi naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi, miejscami zapalny naciek drobnokomórkowy, przerost warstwy cylindrycznej; typowy obraz brodawczaka błony śluzowej.

2) I. A., ♂, 32 l., zgłosił się z objawami kiły drugorzędnej. Nigdy przedtem nie chorował, nie przypomina sobie również żadnych chorób gardła. Dolegliwości przy połykaniu nie ma. Na mosznie i koło odbytu kłykciny sączące, na podniebieniu miękkiem, obu migdałkach i na wewnętrznych brzegach warg naloty kiłowe. Między prawym przednim i tylnym łukiem podniebiennym guzek wielkości grochu, uszypułowany, barwy bladoróżowej, chropowatej powierzchni. Otoczenie przekrwione, naczynia włosowate miękkiego podniebienia rozszerzone. Po zastosowaniu leczenia swoistego (10 wstrzyknięć 10% salicylanu rtęci i 4 neosalwarsanu po 0,45 i 0,6, razem przeszło 2,0) zniknęły objawy kiły, odczyn Wassermanna z dodatniego stał się ujemny. Guzek wycięto; mikroskopowo dał tensam charakterystyczny obraz brodawczaka.

Według Schaeffera[2]) są brodawczaki błony śluzowej jamy ustnej zawsze uszypułowane, (jak i w naszych 2 przypadkach), Kahn[1]) jednakowoż opisuje brodawczaki nieuszypułowane, stanowiące co prawda mały odsetek brodawczaków jamy ustnej.

Przyczyną powstawania tych guzów tak na skórze, jak i na błonach śluzowych jest według wszystkich prawie autorów ciągłe, długotrwałe drażnienie, wywołane zwiększoną wydzieliną, bez względu na rodzaj drobnoustrojów. Najczęstszą tedy przyczyną w jamie ustnej będą przewlekłe zapalenia jamy ustnej lub gardła, połączone ze zwiększoną wydzieliną błony śluzowej i następową maceracją jej górnych warstw (pharyngitis granulosa, rhinitis hyperplastica, angina, hypertrophia tonsillae pharyngeae, lues).

Prawdopodobnie brodawczaki na błonie śluzowej jamy ustnej są znacznie częstsze, aniżeli ich opisy w literaturze. Wszak nowotwór ten, często bardzo mały, nie zawsze wywołać musi objawy chorobowe, a tem samem nie zawsze dostaje się pod obserwację lekarza. Nieraz też znajdowano brodawczaki u chorych, zgłaszających się z zupełnie innemi dolegliwościami (jak w naszym drugim przypadku).

Literatura. 1) Kahn: Arch. f. Lar. VIII. 1894. — 2) Schäffer: Chir. Erfahr. in Rhinolog. u. Laryngol. — 3) Hoppman: Volkmanns Saml. kl. Vertr. Nr 315 — 4) Thost: D. m. W. 21. 1890.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

F. D'Hérelle: **O mikrobie bakterjożernym (bactériophage) i jego roli w odporności**. (La Presse médicale, 1921, 47). Na podstawie szeregu rozmaitych badań autor doszedł do wniosków, które, w razie potwierdzenia, mogą znacznie zmienić, a może zupełnie obalić nasze dotychczasowe poglądy w dziedzinie chorób zakaźnych i odporności.

Punktem wyjścia badań autora było następujące doświadczenie. Rozcieńczywszy stolec ozdrowieńca czerwonkowego w bulionie, przesącza przez filtr porcelanowy, z tego przesączu dodaje 10 kropel do mętnej hodowli bulionowej bakterji czerwonkowych i wstawia do cieplarki przy 37°. Po 12 godzinach bakterje rozpuszczają się, a płyn staje się zupełnie przeźroczysty. Kropla tego płynu, wprowadzona do nowej obfitej hodowli bakterji czerwonkowych, wywołuje rozpuszczenie się tej drugiej hodowli. Śladzik tej drugiej hodowli wywołuje tosamo w trzeciej i tak bez końca. To zjawisko występuje stale bez osłabienia własności rozpuszczającej, a nawet wręcz przeciwnie, po kilkunastu takich przeszczepieniach rozpuszczenie odbywa się już po 3—4 godzinach, a do rozpuszczenia wystarcza miljardowa cząstka centymetra sześciennego. Czynnik rozpuszczający zatem nie ulega jak diastaza wyczerpaniu, lecz mnoży się i hoduje, co jest cechą ustrojów żywych. Doświadczenia autora dowodzą, że chodzi tu o drobnoustroje, przechodzące przez porcelanowe sączki, ultramikroskopowe, objętości nie większej od molekułu białka. Ten ultramikrob rozwija się na żelatynie, choć hodowle jego nie są dla oka widoczne. Niszczy on bakterje czerwonkowe i nie pozwala się rozwinąć ich hodowlom. Autor nazywa ten drobnoustrój mikrobem bakterjożernym (bakterjożerca — bactériophage). Uważa go za pasorzyta bakteryj, który się w nich mnoży, wytwarza zaczyny lityczne, wywołuje pękanie ciała bakteryjnego, poczem zarodniki bakterjożerne, wydostawszy się, atakują inne bakterje. Działanie to rozwija się w wielu gatunkach bakteryj, n. p. czerwonkowych, durowych, paratyfusowych, dżumy, tyfusu ptasiego, krwawej posocznicy bawołów, chorób jedwabników i t. p. Stałą jego siedzibą są jelita, a z prątkami okrężnicy żyje w symbiozie. Jego działanie bakterjobójcze znacznie przewyższa wszystkie znane środki przeciwgnilne. Temu mikrobowi zawdzięcza ustrój, zaatakowany przez bakterje chorobotwórcze, swoje wyzdrowienie. W każdej zakaźnej chorobie kiszek, choćby najlżejszej, można w chwili poprawy cierpienia wyhodować ze stolca bakterjożercę. Lekki przebieg jemu należy zawdzięczać, a gdy bakterjożerce z powodu niekorzystnych warunków nie rozwijają się, wówczas choroba bierze górę. Historja choroby zakaźnej jest wyrazem walki bakterji z ultramikrobem żernym; gdy ten na czas wystąpi do akcji, chory zdrowieje, w przeciwnym razie ulega chorobie. We wszystkich badanych przez autora przypadkach pojawiał się bakterjożerca w stolcach podczas rekonwalescencji, natomiast w żadnym okresie choroby nie dał się wykazać w przypadkach, które się miały źle skończyć. Jest to czynnik ochronny, który szerzy się, jak bakterje, z osobnika na osobnika — a zatem jest to udzielająca się »zaraźliwa« odporność. Leczniczo stosował autor w różnych epizoocjach zwierzęcych szczepionkę z hodowli bakterjożercy i uzyskiwał odporność. U ludzi w 7 przypadkach ciężkiej czerwonki po wewnętrznem podaniu 1 cm³ takiej bakterjożernej hodowli spostrzegał ozdrowienie po 24—36 godzinach. Łańcuch dowodzeń prawdziwości tej teorji zamyka fakt, że surowica zwierzęcia, któremu wstrzykiwano poprzednio serję hodowli bakterjofaga, działa uczulająco. Dr Blassberg (Kraków).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 30. czerwca 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 58 członków.

I. Prezes poświęca serdeczne wspomnienia ś. p. kol. prof. Ludwikowi Rydygierowi i bł. p. kol. Julianowi Lustgartenowi. Obecni uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

II. Kol. Rychliński przedstawia i szerzej omawia przypadki: 1) **mięsaka pochwy** o charakterze zarodkowym u dziecka dwuletniego; 2) wielokomorowej **torbieli**, mającej punkt wyjścia z **pranercza**; 3) **jednorożnej macicy**, z drugim rogiem szczątkowym; 4) **ciąży jajowodowej**, powstałej prawdopodobnie z powodu włókniako-gruczolaka, usadowionego tuż przy ujściu macicznem; 5) dużego **mięsaka nerki**; 6) **gruźlicy jajowodów**; 7) trzy przypadki **przetok pęcherzowo-pochwowych**, powstałych po porodzie na tle niestosunku porodowego; dwie z nich powikłane rozdarciami zwieracza odbytnicy.

II. Kol. Rychliński wygłasza referat: **O uśpieniu eterowo-oliwnem przez odbytnicę na zasadzie własnych spostrzeżeń** (drukowany).

W dyskusji zabierają głos: kol. Glatzel, Wojciechowski, prof. Rosner, Glassner, Eisenberg, Hladyj, prof. Szumowski i prelegent.

XXVI. Posiedzenie naukowe z dnia 23. września 1920 r.

XXVII. Posiedzenie naukowe z dnia 29. września 1920 r.

Przewodniczy kol. wicepr. Kostrzewski, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 69 członków.

I. Kol. Rychliński przedstawia chorą, u której wykonał **plastykę pochwy** przy zupełnej agenezji części rodnych wewnętrznych. Prelegent wszczepił w zrobiony na tępo otwór, odpowiadający miejscu pochwy, błonę śluzową z innej chorej. Efekt operacyjny bardzo dobry.

W dyskusji kol. Wojciechowski przedstawia różne metody operacyjne podobnych przypadków i stwierdza zalety metody stosowanej przez kol. Rychlińskiego.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 6. października 1920 r.

Przewodniczy kol. wiceprezes Kostrzewski, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 80 członków.

I. Na członków przyjęto: kol. Zagórskiego, Sochackiego, Tołłoczkównę, Umińską i Birnbaum Aurelię.

II. Kol. Borowiecki przedstawia:

1) Przypadek **choroby Friedreicha** w niezwykłej kombinacji **z eunuchoidyzmem** (obfita podściółka tłuszczowa, skąpe owłosienie, niedokształt narządów płciowych), głuptactwem i objawami padaczkowemi.

2) Przypadek **nagminnego zapalenia mózgu** (encephalitis myoclono-choreiformis), połączony mniej więcej w pół roku

po wybuchu z wybitnemi objawami odcinkowemi i symetrycznemi porażeniami wiotkiemi oraz zaburzeniami czucia, które to objawy niewątpliwie świadczyły o siedzibie sprawy chorobowej w szyjnej części rdzenia (C_3—C_8). Objawy myokloniczne dawały się tutaj spostrzegać w mięśniach niedowładem objętych.

3) Fotografje przypadku **postępującego torsyjnego kurczu** u dzieci, jednostki chorobowej, którą Ziehen, Oppenheim, a u nas Flatau i Sterling opisali, przeciwstawiając ją atetozie obustronnej (athetosis idiopathica primitiva, athétose double).

III. Kol. doc. Nowączyński wygłasza wykład: **Zasady leczenia zapaleń nerek.** (Ogłoszony w całości w Nr. 1. »Przeglądu lek.« z r. 1921).

W dyskusji 1) kol. Szymanowicz zaznacza, że dotychczasowa metoda leczenia nefrozy, najczęściej przez położnika spotykanej, t. j. ren gravidarum, stosowana w klinice położniczej krakowskiej, a polegająca na podawaniu przedewszystkiem mleka, i to w dużej ilości, dała bardzo dobre wyniki. Być może, że i djeta polecona przez kol. Nowaczyńskiego okaże się skuteczną, w każdym razie sam mowca bałby się stosować ją przy dużej ilości białka, małej ilości moczu i wysokiem ciśnieniu. — 2) Kol. Blassberg kwestjonuje łatwość wszystkich metod stwierdzających stan nerek i stwierdza, że większa ich część da się zastosować tylko w klinikach i oddziałach szpitalnych. — 3) Kol. Nowaczyński podtrzymuje swoje zapatrywania co do łatwości i możności wykonania prób w codziennej praktyce i poleca spróbowanie polecanego przez siebie sposobu leczenia nefroz.

XXIX. Posiedzenie naukowe z dnia 13. października 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Dr Szymanowicz; obecnych 72 członków.

I. Kol. prof. Talko-Hryncewicz wygłasza odczyt: **O starej trepanowanej czaszce wileńskiej.** Prelegent wspomina o spotykanych w ostatnich czasach przypadkach trepanacji czaszek z mogił na Litwie. Wszystkie one należały do pośmiertnych i robione były w celu otrzymania amuletów lub używane były do praktyk czarodziejskich. Czaszka przedstawiona przez prelegenta wyróżniała się tem, że należała do trepanowanych za życia. Pochodziła z góry zamkowej w Wilnie i wykopana została w r. 1908. Podług prof. T. H. — sądząc z budowy i warunków, w jakich ją znaleziono — sięga ona XV—XVI w. a może jeszcze wcześniej. Z typu antropologicznego przypomina miejscowy, jest męską, wieku średniego. Na najgrubszej części potylicy, nieco z boku i na lewo od zewnętrznej guzowatości potylicznej, znajduje się otwór owalny 17 mm długości i 7 mm szerokości, ze znacznie zarośniętym, nierównym brzegiem. Czaszka nie przedstawia żadnych zmian patologicznych, jak również uszkodzeń urazowych. Prelegent sądzi, że trepanacja dokonana została sposobem bardzo pierwotnym w celu leczniczym i że po operacji, wnosząc po bliźnie kostnej dokoła rany, chory żył jeszcze dłuższy czas. — Prof. Rutkowski zgadza się z prof. T. H. co do charakteru otworu na przedstawionej czaszce.

II. Kol. doc. Mayer: **Nowe postępy rentgenologji chorób serca i aorty.** Częstsze i ściślejsze zetknięcie się internistów z rentgenologją w czasie ubiegłej wojny zmieniło dawne zapatrywania na ocenę wielkości i kształtu serca, oraz wyzyskało dla rozpoznania badanie ruchów serca i napięcie mięśnia sercowego w obrazie rentgenologicznym. Powstały też cenne spostrzeżenia co do szerokości, długości, kształtu, tętnienia i natężenia cienia aorty w chorobach organicznych jej ścian. Po omówieniu tych punktów wytycznych podał prelegent swój sposób, pozwalający na badanie rentgenologiczne prawej komory, która dotychczas była niedostępna dla badania. (Dokładny opis został ogłoszony drukiem).

XXX. Posiedzenie naukowe z dnia 20. października 1920 r.

Przewodniczy kol. wicepr. Kostrzewski, protokołuje kol. Dr Szymanowicz; obecnych 83 członków.

Na członków przyjęto kol. Kączkowską oraz K. Schornsteinównę.

I. Kol. doc. Gieszczykiewicz wygłasza wykład: **O etjologji żółtaczki zakaźnej** (choroby Weila) i demonstruje preparaty z hodowli zarazka. Krętek żółtaczki zakaźnej został odkryty przez 2 autorów japońskich R. Inada i Y. Ido w r. 1914 i nazwany przez nich spirochaete icterohaemorrhagiae. W rok później niezależnie opisali go w Niemczech Uhlenhuth i Fromme pod nazwą spir. icterogenes, oraz Huebner i Reiter pod nazwą spir. nodosa. Noguchi nazywa go leptospira icterohaemorrhagiae. Jest to krętek średnio 9 μ dług'i, $^1/_4$ μ gruby, tworzy około 20 bardzo drobniutkich skrętów, które tylko przy użyciu specjalnych metod dają się uwidocznić (demonstracja). Barwikami anilinowemi zwyczajnemi barwi się trudno, uwidocznić go najlepiej: 1. pod ultramikroskopem, 2. metodą Giemsy 3. w preparatach srebrzonych. Daje się łatwo hodować na rozcieńczonej surowicy króliczej. Jest bardzo wrażliwy na czynniki fizyczno-chemiczne, zwłaszcza na odczyn kwaśny ośrodka. Zapomocą czystych hodowli daje się z łatwością odtworzyć charakterystyczny obraz żółtaczki krwotocznej u świnki morskiej, która ginie średnio po upływie tygodnia. Szczury i myszy zakażeniu nie ulegają, mogą jednak miesiącami pasorzyty w sobie nosić i wydzielać je z moczem, przenosząc choroby w ten sposób na inne zwierzęta i na ludzi. Swoiste rozpoznawanie choroby Weila polega bądźto na biologicznem badaniu krwi lub moczu chorego (zależnie od okresu choroby) na świnkach przez wstrzykiwanie im do jamy otrzewnej około 5 cm³ świeżej krwi lub świeżego osadu z moczu, bądź to na poszukiwaniu swoistych ciał odpornościowych w surowicy krwi chorego, z których praktycznie najważniejsze są aglutyniny. Aglutynacja krętków pod wpływem swoistych ciał odpornościowych u chorych lub ozdrowieńców jest próbą pewną i stałą, ujawnia się dobrze pod ultramikroskopem.

II. Kol. Rychliński przedstawia u 23-letniej położnicy przypadek **obustronnych sutków dodatkowych** z wyraźną brodawką z otoczką i wydzieliną mleczną, utrzymującą się przez miesiące. Odróżnić je należy od t. zw. pseudomamma, brodawkowatej wyniosłości, wytworzonej ze zgrubiałego nabłonka i tkanki łącznej z zupełnym brakiem tkanki gruczołowej i przewodów oraz od t. zw. pachowych gruczołów mlecznych, potnych, które mają się nadmiernie powiększać, szczególnie u położnic, skutkiem tego, że wąskie ujścia przewodów gruczołów potnych nie nadają się do wydalania płynu mlecznego. Wreszcie omawia kol. Rychliński pokrótce teorje, według których gruczoł potny i mleczny pochodzą z jednej i tej samej podstawowej formy.

XXXI. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 87 członków.

I. Prezes poświęca gorące wspomnienie ś. p. Dr M. Buzdyganowi, długoletniemu członkowi Towarzystwa, lekarzowi filantropowi. Obecni przez powstanie uczcili pamięć Zmarłego.

II. Kol. Rose przedstawia przypadki: 1) lewostronnej **apraksyi ruchowej,** 2) częściowej **apraksyi ruchowej,** 3) **guza** prawego **kąta mostkowo-móżdżkowego,** 4) **guza szypułki mózgowej** (pedunculus cerebri.), 5) **osteomalacji męskiej,** który szerzej omawia kol. Skórczewski.

III. Kol. Glatzel przedstawia 4 chorych **operowanych z powodu przebicia wrzodu tyfusowego.** Bardzo dobre wyniki zabiegu skłaniają prelegenta do polecenia operacji w podobnych przypadkach. Kol. Glatzel omawia wskazania i techniczną stronę zabiegu.

IV. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek **mięsaka gałki ocznej.** Leczenie operacyjne.

V. Kol. doc. Brudzewski wygłasza odczyt p. t.: **Oko w świecie zwierząt niższych** (z demonstracjami).

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 2. listopada 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 65 członków.

I. Na członków przyjęto kol. Strutyńskiego K. i Zapałowicza Wł.

II. Kol. Walter przedstawia 2 przypadki kiły II: 1) t. zw. »Bombensternform« Niemców, 2) psoriasis palmaris et plant. luetica.

III. Kol. Olbrycht przedstawia kilka preparatów anatomopatologicznych, które miał sposobność zebrać jako prosektor szpitala wojskowego.

IV. Kol. prof. Majewski wraz z kol. Karelusem wygłasza referat: **O sklerotomji krzyżowej przy jaskrze.** Wyniki tej operacji są według statystyki prelegenta znakomite i godne dalszych prób.

W dyskusji 1) kol. Brudzewski kwestjonuje tak dobre wyniki zabiegów. — 2) Kol. Rosenhauch zapytuje, jak długo obserwowano wyniki przy glaucoma inflammatorium? — 3) Kol. prof. Majewski odpowiada na zarzuty i pytania i obstaje przy wnioskach, wyciągniętych ze swojej obserwacji.

V. Na członków przyjęto kol. Otęskiego Leonarda z Gorlic i kol. Drobnerównę Czesławę z Krakowa.

XXXIII. Posiedzenie (Walne Zebranie) z dnia 10. listopada 1920.

Przewodniczy prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz;

obecnych 80 członków. Prezes stwierdza komplet, potrzebny do podjęcia uchwał na Walnem Zgromadzeniu.

I. Kol. prof. Ciechanowski referuje sprawę połączenia wszystkich czasopism w Polsce i przedstawia Walnemu Zebraniu wniosek, uchwalony na posiedzeniu Zarządu: »Towarzystwo lek. krakowskie uważa — wobec niezmiernych trudności wydawniczych — za rzecz bardzo pożądaną złączenie wszystkich czasopism polskich dla lekarzy praktyków (cywilnych i wojskowych) w jedno pismo, wydawane w jednem z miast uniwersyteckich, a mające być redagowane przez subkomitety (redakcyjne) lokalne, wybierane przez Towarzystwa lekarskie«. — Kol. Ackermann przedstawia opłakany stan finansów Towarzystwa, apeluje do kolegów, aby nie zaniedbywali opłaty wkładek. Towarzystwo posiada na papierze 300 członków, od których trzeba opłacać wkładkę do Towarzystwa Małopolskiego, a wkładkę płaci tylko 150. W końcu przedstawia Walnemu Zebraniu do zatwierdzenia wniosek, uchwalony przez Zarząd Towarzystwa, aby wkładkę roczną podniesiono w granicach do 600 Mk rocznie. — Wniosek prof. Ciechanowskiego i kol. Ackermanna przyjęto bez dyskusji.

II. Kol. Janiszewski wygłasza referat: **W sprawie obecnej epidemji płonicy**. — W dyskusji zabiera głos: 1) kol. Blassberg: Wywody kol. Janiszewskiego należy podać do dzienników; szpital żydowski należy otworzyć dla ludności żydowskiej; epidemja szczególnie grasuje na Kazimierzu, a żydzi chętniejby się zgłaszali do swojego szpitala. — 2) Kol. Eisenberg zdaje sprawę o stanie epidemji cholery. — 3) Kol. Bujwid zapytuje, czy nie drogą wiślaną rozszerza się epidemja i czy obserwowano wpływ szczepionki na przebieg choroby. Radzi zastosować jednowartościową szczepionkę, a nie »tetra«. — 4) Kol. Janiszewski, Eisenberg, Masny, Grudzewski i Kowalski udzielają wyjaśnień i odpowiadają na żądane pytania.

XXXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 17. listopada 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 93 członków.

I. Kol. Kostecki przedstawia proparat **raka tylnej ściany pochwy**, który wyłuszczył razem z macicą. Następnie omawia przyczynę złych wyników.

II. Kol. Szymanowicz referuje o podobnym, lecz znacznie dalej posuniętym przypadku **okrężnego raka pochwy**, który usunął skombinowaną metodą, częścią dołem, odpreparowawszy pochwę na tępo, częścią drogą laparotomijną. Równocześnie przedstawia chorą, u której **rak pochwy** zajął cały prawie narząd, przeszedł na część pochwową i kiszkę stolcową, tworząc dość duży naciek po stronie śluzówki. Tylko doszczętny zabieg sposobem Kraskego mógłby być w tym przypadku zastosowany.

III. Kol. Wojciechowski omawia i przedstawia przypadek **ciąży zewnątrzmacicznej** prawej czteromiesięcznej, rozwijającej się po pęknięciu jajowodu, międzyblaszkowo. Zwraca uwagę na techniczne trudności operacyjne tego przypadku.

IV. Kol. Rosenhauch przedstawia makroskopowe i mikroskopowe preparaty **mięsaka barwikowego** gałki ocznej chorego, którego przedstawił na jednem z poprzednich posiedzeń. (Preparaty wykonał kol. Olbrycht).

V. Kol. Eisenberg referuje **stan epidemji cholery** w okolicy Krakowa i Zakopanego. Według Eisenberga epidemja została opanowana. Wisła nie zawiera bakteryj cholery. — Kol.

Szymanowski przedstawia genezę obecnej epidemji cholery w Polsce i stan jej w Warszawie.

VI. Kol. Eisenberg wygłasza referat: **O biologicznem znaczeniu różniczkowania gramowego.** (Część I).

W dyskusji zabiera głos kol. Blassberg i referent.

VII. Na członka przyjęto kol. Fuchsa.

XXXV. Posiedzenie naukowe i wyborcze z d. 2. grudnia 1920.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; członków obecnych 84.

I. Kol. prof. Ciechanowski, jako przewodniczący komisji wyborczej przedstawia jej wniosek, aby na rok 1921 wybrać cały obecny Zarząd ponownie. Wniosek przyjęto przez aklamację.

II. Kol. prof. Kostanecki wygłosił odczyt: **Anatomiczno-porównawcze studja nad ślepą kiszką.**

W dyskusji kol. prof. Ciechanowski podnosi ogromne znaczenie badań Kostaneckiego nad sprawą rozwojową ślepej kiszki i zaznacza, że dzięki im sporne zagadnienia w tej dziedzinie zostały wyświetlone.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 12. stycznia 1921 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz; obecnych 72 członków.

I. **Sprawozdanie ustępującego Zarządu,** przedstawione przez stałego sekretarza kol. Zubrzyckiego, przez skarbnika Ackermanna, podskarbiego komisji redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« kol. Wojciechowskiego, bibljotekarza kol. Blassberga i gospodarza domu kol. Seńkowskiego, przyjęto.

Sprawozdanie sekretarza stałego kol. Zubrzyckiego: Posiedzeń naukowych odbyło się w r. 1920 37. Średnia liczba uczestników wynosiła 100. Na posiedzeniach tych wygłoszono 37 odczytów. Przedstawiało przypadki z różnych działów medycyny kolegów 80. Przemawiało w dyskusji kolegów 120. Z 37 odczytów było: z zakresu historji medycyny 3, fizjologji 1, chemji 1, anatomji 1, radjologji 2, balneologji 2, hygieny, bakterjologji i epidemjologji 8, chorób wewnętrznych 5, skórnych i wenerycznych 2, dzieci 2, chorób kobiecych i położnictwa 2, okulistyki 3, neurologji i psychiatrji 4, spraw zawodowych lekarskich 1.

Z przypadków przedstawionych przypada na chirurgję 11, choroby kobiece i położnictwo 20, neurologję i psychjatrję 36, okulistykę 4, choroby skórne i weneryczne 3, anatomję patologiczną 4, anatomję opisową 1, choroby wewnętrzne 1.

Zabierali głos w Towarzystwie lekarskiem, bądźto wygłaszając odczyty, bądź też przemawiając w dyskusji nietylko członkowie, ale także i liczni goście, jako to: Dr Mikołajski, hr. Jan Potocki, Dr Kmietowicz, Dr Wróblewski, Dr Sterling, Dr Kuczewski, Dr Wiczkowski. W posiedzeniu w d. 26. V. 1920 uczestniczyli przedstawiciele Amerykańskiego Czerwonego Krzyża.

Towarzystwo zainicjowało 2 zjazdy, które odbyły się w murach Towarzystwa pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa. Pierwszy z nich rozpatrywał sprawy zdrojowisk i uzdrowisk na ziemiach polskich, drugi zajął się sprawą zwalczania szerzącej się skutkiem stosunków wojennych gruźlicy. Na pierwszym wygłoszono dwa odczyty (Dr Mikołajski i Dr Jasiński). W zjeździe tym brało udział 78 członków, a przemawiało w dyskusji 15. Na zjeździe tym uchwalono cały szereg wniosków, które przesłano do odpowiednich władz, a w szczególności do Min. zdrowia publicznego, a na które otrzymało Towarzystwo zadowalniające odpowiedzi. Na zjeździe w sprawie gruźlicy wygłoszono 6 odczytów (Dr Kuczewski, Sterling [dwa], Wiczkowski, Mikołajski, Jan Landau), brało udział 120 kolegów, a przemawiało w dyskusji 17.

Na jednem z pierwszych posiedzeń poruszono sprawę walki z durem plamistym, a po wygłoszeniu odczytu przez Dr Mikołajskiego uchwalono rezolucję, wzywającą rząd do natychmiastowej pomocy materjalnej w walce z chorobami zakaźnemi a przedewszystkiem z durem plamistym.

Na posiedzeniu w d. 18. II. 1920 uchwalono wnieść do Ministerstwa oświaty przedstawienie w sprawie organizacji »Najwyższej Rady wychowania«, do której wyznaczono na 72 członków tylko jednego przedstawiciela wychowania fizycznego. Na temże posiedzeniu zawiązał się Komitet francusko-polski, mający na celu zbliżenie francusko-polskie na polu naukowem.

Trudności wydawnicze z powodu stosunków, wywołanych wojną, spowodowały, że trzy czasopisma lekarskie polskie, a mianowicie »Przegląd lekarski«, »Lwowski Tygodnik lekarski« i »Gazeta lekarska« połączyły się umową, mocą której każdy z członków Towarzystwa otrzymywał trzy wspomniane czasopisma. Równocześnie uchwalono na Walnem Zgromadzeniu d. 10. XI 1920 podnieść wkładkę roczną w granicach do wysokości 600 Mkp.

Poza posiedzeniami naukowemi odbywały się w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem co miesiąc zebrania towarzyskie, na których bądź to członkowie Towarzystwa, bądź zaproszeni goście wygłaszali odczyty. Zebrań tych było 10, treść zaś odczytów i prelegenci następujący: 1) O myśleniu prawniczo-przyrodniczem, prof. Leopold Jaworski. 2) Kobieta jako lekarz, prof. Aleks. Rosner, 3) O filozofji jako lekarce dusz, prof. Rubczyński. 4) O podstawach etyki, prof. Śleszyński. 5) O niepoczytalności, prof. Reinhold. 6) O błękicie niebios i niektórych innych zagadnieniach przyrody, prof. Natanson. 7) Lekarze jako przyrodnicy, prof. Rostafiński. 8) Znaczenie Wilna i Gdańska jako placówek kultury polskiej, prof. Mich. Siedlecki. 9) Księgozbiory lekarskie Krakowa, Dr Lachs. 10) Toruń, Dr Tadeusz Kruszyński. Pokazy wojennych obrazów, Dr Skórczewski. Tym prelegentom wyraża Towarzystwo serdeczne podziękowanie za łaskawe wzięcie udziału w życiu Towarzystwa.

W chwili najazdu bolszewickiego odbyło się w murach Towarzystwa zebranie wszystkich lekarzy krakowskich, zwołane przez prezesa Towarzystwa i prezydenta Izby lekarskiej. Na tem zebraniu uchwalono jednomyślnie oddać się na usługi Państwa. Wybrana wtedy koleżeńska komisja urzędowała potem w Towarzystwie, klasyfikując zgłaszających się do wojska lekarzy ochotników.

Ruch członków: Przyjęto nowych członków 132, z czego wielką ilość pozyskało Towarzystwo z pośród lekarzy wojskowych. Wystąpiło oraz wykreślono członków 35. Zmarło członków 6. Obecnie liczy Towarzystwo 290 członków.

W r. 1920 odnowiono znacznym kosztem dom Towarzystwa, przemalowując między innemi salę posiedzeń i sąsiadujące z nią pokoje według pierwotnego projektu Wyspiańskiego, przez co charakter sali i jej wartość artystyczna i pamiątkowa w zupełności zachowane zostały

Sprawozdanie bibljotekarza kol. Blassberga za rok 1920 opiewało, jak następuje: Uzyskawszy dzięki uprzejmości Prezydjum Izby lekarskiej miejsce w lokalu Izby dla częściowego umieszczenia bibljoteki, sprawiono półki w nowym lokalu, przeniesiono część bibljoteki i przerwaną inwentaryzację podjęto na nowo. W ciągu roku 1920 zainwentaryzowano jako wpływy 1564 dzieł oraz 36 wydawnictw perjodycznych, tak, że w dniu 31. grudnia 1920 było w Bibljotece zainwentaryzowanych i skatalogowanych razem 12.170 dzieł i 693 wydawnictw perjodycznych. W ciągu tego roku wypożyczono z Bibljoteki książek lub pism 64, zwrócono 36, pozostaje zaległych 28. Nadto z ubiegłych lat nie wpłynęło jeszcze 110 książek lub czasopism wypożyczonych. Liczba członków korzystających z bibljoteki wynosiła 26. Jak corocznie, tak i w r. 1920 prof. Dr Ciechanowski, otaczający Bibjotekę specjalną opieką, ofiarował liczne dzieła i czasopisma. Oprócz tego wpłynęły znaczniejsze dary w książkach od Dra Hufnagla z Paryża, od Drów Surzyckiego i Weinsberga oraz p. Jednoraka z Krakowa. W kasie podręcznej bibljotecznej pozostałość kasowa z roku 1919 wynosiła 295·82. W ciągu roku 1920 uzyskano ze sprzedaży dubletów bibljotecznych 146·18 marek, tak, że pozostałość na rok 1921 wynosi 442 marki.

Kol. Gieszczykiewicz zdaje sprawę z czynności Komitetu francusko-polskiego.

Na wniosek prezesa wybrano Komitet w tym samym składzie.

II. Kol. Bujwid przedstawia smutny stan wodociągów miejskich, a jeszcze gorszą prognozę co do normalnego ich funkcjonowania na przyszłość i wnosi, aby Towarzystwo lekarskie zwróciło się do Prezydjum miasta z zapytaniem, jak długo stan obecny trwać będzie i co miasto myśli przedsięwziąść, aby uwolnić mieszkańców od braku wody. — Wniosek ten uchwalono, polecając Prezydjum wysłanie pisma do Prezydjum miasta.

III. Kol. prof. Szumowski wygłasza odczyt p. t. **Historja i filozofja medycyny jako przedmiot uniwersytecki.**

W dyskusji zabiera głos 1) prof. Dr Rosner, który nie zgadza się z zapatrywaniem prelegenta, jakoby materjalistyczne pojmowanie medycyny robiło z lekarza materjalistę, gdyż przeciwnie najwięcej ze sfer inteligencji spotyka się idealistów między lekarzami. Nie zgadza się także z wywodami prelegenta, jakoby studjum logiki koniecznie było potrzebne do dobrego myślenia.— 2) Prof. Heinrich inaczej zrozumiał wywody prelegenta co do tych dwóch zagadnień, poruszonych przez prof. Rosnera. Można

bowiem być materjalistą w poglądach filozoficznych, a idealistą w codziennem życiu, w takiem zrozumieniu przedstawił swe poglądy prof. Szumowski. — 3) Kol. Blassberg ostrzega przed zbytecznem przeciąganiem studjów uniwersyteckich dla jednego przedmiotu, jakim jest historja i filozofja medycyny i nie uważa za uzasadniony projektowanego rozdziału tytułu lekarza od doktora. — 4) Prelegent odpowiada na zarzuty.

Do wszystkich Kolegów!

Pomimo układu, zawartego pomiędzy trzema czasopismami lekarskiemi, nie mogą one dostatecznie wypełnić swego zadania z tego przedewszystkiem powodu, że przy teraźniejszej przedpłacie a olbrzymich kosztach druku objętość wszystkich trzech czasopism razem jest mniejsza od objętości każdego z nich przed wojną. Na to, aby pomieścić nietylko wszystkie napływające prace oryginalne, ale także odzwierciedlić należycie ruch naukowy w naszych wszystkich Towarzystwach lekarskich oraz zdać sprawę z najważniejszych przynajmniej publikacji i ruchu w Towarzystwach lekarskich zagranicznych, potrzebaby objętość naszych czasopism zwiększyć przynajmniej do tych granic, jakich dochodziła przed r. 1914.

Próba taka byłaby możebna, gdyby znalazła się dostateczna liczba kolegów, gotowych płacić rocznie po 1800 marek przedpłaty za wszystkie czasopisma. Wobec dzisiejszej dewaluacji pieniądza kwota ta jest stosunkowo niską, a już przy kilkuset odbiorcach możnaby podnieść nasze czasopiśmiennictwo na poziom, odpowiedniejszy do dzisiejszych potrzeb.

Prosimy więc wszystkich kolegów, którzyby byli gotowi opłacać 1800 m. przedpłaty rocznej, aby zawiadomili o tem Redakcję »Przeglądu lekarskiego« (Kraków 9, Płuczki 28) najdalej do końca lipca b. r. Z liczby zgłaszających się wyniknie, czy zamierzona próba może liczyć na powodzenie.

Wiadomości bieżące.

Z ruchu wydawniczego. Podręcznik nauki o chorobach zakaźnych, obejmujący około 100 arkuszy druku, wydaje Książnica Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych. Pierwszy zeszyt wyjdzie z końcem r. b. Komitet redakcyjny tworzą Dr Karwacki, S. Rudzki, prof. Michałowicz i S. Sterling-Okuniewski (redaktor główny). — Higiena szkolna, opracowana pod redakcją Dr St. Kopczyńskiego przez liczne grono współpracowników, wyjdzie wkrótce z druku nakładem M. Arcta w Warszawie, jako podręcznik tak dla lekarzy szkolnych, jak i dla kierowników szkół i dla nauczycieli.

Z ruchu zawodowego. Towarzystwo stomatologów polskich, organizując Koło stomatologów zachodniej Małopolski, uprasza wszystkich kolegów, praktykujących w zakresie dentystyki, o zgłoszenie się pocztówką pod adresem Towarzystwa (Kraków, Garncarska 19, Instytut stomat. U. J.).

Towarzystwo higieniczno-oświatowe imienia prof Emila Godlewskiego jun. zawiązało się w Grodnie celem szerzenia wśród ludu oświaty hygienicznej i poprawy warunków zdrowotnych. Ofiary na rzecz Towarzystwa składać można na konto P. K. O. 80.016. Przyjmuje je także Administracja »Przeglądu lek.« (Dunajewskiego 2, Kraków). Adres Towarzystwa: Grodno, Magistrat.

Na polu walki z gruźlicą zapisać należy fakt przejścia wojskowego Sanatorjum w Zakopanem pod zarząd Czerwonego Krzyża. Szczegóły podał ostatni zeszyt »Tygodnika lek. lw.« — Do Zakopańskiej Poradni przeciwgruźliczej zgłosiło się w ostatniem półroczu 383 chorych (w tem 253 dzieci), a wogóle w opiece Poradni było 467 (od założenia Poradni zgłosiło się 1019). Opiekunka Poradni odwiedziła 304 mieszkań chorych. Rozdano 70 kg. tranu, 185 kg. oliwy, 1016 puszek mleka zgęszcz., 24 kg. mydła. — Lekarz gminny w Zakopanem, Dr T. Gabryszewski, ostrzega przed przysyłaniem do Zakopanego ciężko chorych na gruźlicę niezamożnych, gdyż w Zakopanem niema żadnych sanatorjów ludowych, gdzieby ich przyjmowano, a kilkodniowa podróż tam i z powrotem tylko stan ich pogarsza.

Ankieta w sprawie okresu zaraźliwości płonicy. Polskie Towarzystwo pedjatryczne w Warszawie uprasza wszystkich lekarzy szpitali dziecięcych i zakaźnych o nadesłanie do sekretarza Towarzystwa, Dr M. Gromskiego, (Marszałkowska 53, m. 5 w Warszawie), odpowiedzi na następujące pytania: 1) Jak długo trzyma się w szpitalu chorego na płonicę? 2) Czy możnaby ten okres skrócić i o wiele? 3) Czem kieruje się przy zwalnianiu ze szpitala? (stan skóry, języka, gardła, uszu, moczu i t. p.). 4) W jakim średnim czasie, licząc od początku choroby, może być dziecko dopuszczone do szkoły? 5) Czy łuszczenie, jako jedyny objaw, może być przeszkodą do uczęszczania do szkoły i czy wogóle uważać je można za zaraźliwe?

Kursa sanitarne, urządzane przez instytucje i zakłady prywatne i publiczne nie państwowe, muszą być najmniej na 2 tygodnie naprzód zgłaszane do powiatowych Urzędów zdrowia. (Rozporz. Min. zdrowia z d. 8. II. 1921).

Zmarli: Dr Franciszek Żukotyński, em. st. lekarz powiatowy w Ropczycach w 63 r. ż.; Dr Maurycy Maurer, lekarz miejski w Żołyni w 59 r. ż., jako ofiara zawodu (z duru plamistego).

Bibljografja.

Nowiny lekarskie Nr 1—6: Kowalski: Nowe drogi w położnictwie i ginekologji. — Semerau: W sprawie bakterjologji, patogenezy i kliniki czerwonki. — Jezierski i Wierzbicki: Leczenie dysenterji antygenami. — Browicz: Kilka słów w sprawie pojęcia konstytucji organizmu. — Franke: Nowe drogi w medycynie wewnętrznej. — Szarf· Tak zwana »psychopatja« względnie »degeneracja psychiczna« wrodzona. — Brodzki: O nerwicach sercowych. — Ambrożewicz: Racjonalny przytułek położniczy, jako najpewniejszy środek przeciwko śmierci położnicy i jej dziecięcia. — Alkiewicz: Krótki pogląd na obecny stan radjotechniki. — Mikulski: Przyczynek do psychologji ruchów masowych. — Marszałek: Czy tężec przyranny może wchodzić w grę przy różniczkowem rozpoznaniu appendicitis? — Bross: Przypadek tężca po uderzeniu kamieniem.

Lekarz wojskowy Nr 10—22: Schusterówna: Przyczynek do anatomji patologicznej t. zw. choroby Recklinghausena. — Merunowicz: Leczenie duru plamistego płynem fizjologicznym.—

Sterling-Okuniewski: Z epidemjologji grypy hiszpańskiej. — Filiński: W sprawie zachowania się białych ciałek krwi w gruźlicy płucnej. — Korzon: W sprawie zimnicy. — Kożuchowski: O chorobach sztucznych u poborowych. — Białokur: Jeszcze kilka słów w sprawie leczenia czerwonki. — Flatau: Objaw karkowo midrjatyczny. — Cywiński: »San. 6« w praktyce lekarzy oddziałowych. — Karnicki: Leczenie rzeżączki spojówki śródmięśniowemi wstrzykiwaniami mleka. — Grzywo-Dąbrowski: Przeszczepienie narządów płciowych oraz próby leczenia operacyjnego niektórych objawów starości. — Dembowski: Obecny stan szkolenia inwalidów w Polsce. — Chełmicki: Przyczynek do choroby Thomsena. — Wojnicz: O działalności komisji wojskowo-lekarskich. — Braul: Zaimprowizowana cieplarka. — Ostrowski: Pojęcie obowiązków naczelnego lekarza pułku. — Peszyński: Z kazuistyki ropnego wysiękowego zapalenia osierdzia. — Gauthier: Mowa na Akademji napoleońskiej. — Zembrzuski: Służba zdrowia w wojsku polskiem w epoce napoleońskiej. — Składkowski: Napoleon i medycyna. — Osmólski: Napoleon wśród zadżumionych. — Lewenstern: W sprawie ostatecznej przyczyny zgonu Napoleona. — Osmólski: Organy ducha dziejów. — Żylberlast-Zandowa: O zespole padaczkowo-myoklonicznym i o próbach jego leczenia. — Sterling-Okuniewski: Spostrzeżenia z epidemjologji czerwonki. — Rubinrot: Gruźlica chirurgiczna i jej leczenie. — Waserman: Przypadek wykluczenia jelita cienkiego i grubego. — Szulc: Zimnica a wojna. — Henoch: Kilka uwag w sprawie zimnicy.

Pedjatrja polska T. I. Zesz. 2.: Jonscher: Z kliniki duru brzusznego u dzieci. — Cieszyński: Metody laboratoryjne, ułatwiające rokowanie w gruźlicy u dzieci. — Mulierówna: Leczenie gruźlicy dzieci światłem lampy kwarcowej.

Przegląd chorób skórnych i wenerycznych 1919—1920, Nr 3 i 4: Krzyształowicz: Przypadek ziarniniaka grzybiastego. — Roszkowski: Przypadek łuszczycy nietypowej.

Przegląd epidemjologiczny Tom I. Z. 4. Weigl: Dalsze badania nad Rickettsią. — Hirszfeld: Badania nad istotą dopełniacza. — Maleciński: Cholera w Warszawie w r. 1920. — Adamowiczowa: Przebieg epidemji szkarlatyny w r. 1920. — Anigstein: Współczesny stan badań nad etjologją duru plamistego. — Adamowiczowa: O przebiegu encephalitis lethargica w okresie pandemji influenzy. — Einfeld: Zestawienie niektórych chorób zakaźnych w Polsce.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego Nr 3. z d. 1. maja 1921 zawiera bardzo liczne rozporządzenia, z których bliżej obchodzą lekarzy przepisy o piekarniach i wypieku chleba, o rejestracji sanitarjuszy, o powiatowych komisjach opieki nad dziećmi, o organizacji inspekcji mieszkaniowych, o walce z jaglicą i zimnicą, o korzystaniu chorych cywilnych z przychodni i szpitali (wenerycznych) wojskowych. Biuletyn ten zawiera statystykę chorób zakaźnych za styczeń 1921 i dalszy ciąg sprawozdania z czynności Ministerstwa w r. 1918.

Kronika dentystyczna Nr 1—3. Gogolewski: Wpływ chorób zębów, jamy ustnej i szczęk na zdolność służbową żołnierza. — Chmieleński: Stan uzębienia wychowańców korpusu kadetów w Modlinie. — Zawidzki: Cytoperka. — Śmietański: W sprawie zdejmowania wycisków. — Dobryszycki: Przypadek wpadnięcia miazgociągu do krtani.

Zagadnienia rasy Nr 10.: Antecki: W sprawie opieki nad ciężarnemi i rodzącemi. — Wiśniewski: Wpływ wojny obecnej na stan zdrowia ludu wiejskiego — Kramsztyk: Drogi i widoki walki z ograniczeniem potomstwa.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.